

618.178
SET
t a



**TINGKAT PENGETAHUAN IBU POST PARTUM
TENTANG KELUARGA BERENCANA
DAN HUBUNGANNYA DENGAN
PENERIMAAN STERILISASI TUBA**

TESIS

DALAM

**PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER SPESIALIS I
BIDANG OBSTETRI DAN GINEKOLOGI
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS DIPONEGORO**

Oleh :

AUGUSTINUS SETIABUDI

**BAGIAN / SMF OBSTETRI DAN GINEKOLOGI
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
2001**

UPT-PUSTAKA-UNDIP

**TINGKAT PENGETAHUAN IBU POST PARTUM
TENTANG KELUARGA BERENCANA
DAN HUBUNGANNYA DENGAN
PENERIMAAN STERILISASI TUBA**

**Diajukan kepada Bagian Obstetri Ginekologi
Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro
Sebagai syarat untuk memperoleh
Gelar Dokter Spesialis
Dalam bidang Obstetri Ginekologi**

Oleh :

AUGUSTINUS SETIABUDI

**BAGIAN / SMF OBSTETRI DAN GINEKOLOGI
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS DIPONEGORO
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT Dr. KARIADI
SEMARANG
2001**

HALAMAN PENGESAHAN

Judul penelitian : **TINGKAT PENGETAHUAN IBU POST PARTUM
TENTANG KELUARGA BERENCANA DAN HUBUNGANNYA
DENGAN PENERIMAAN STERILISASI TUBA**

Ruang lingkup : **Obstetri Ginekologi**

Pelaksana penelitian

Nama : **AUGUSTINUS SETIABUDI**

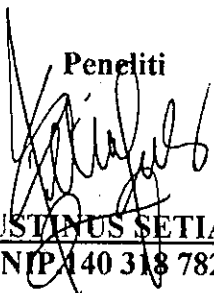
NIP : **140 318 782**

Pangkat / golongan : **Penata Muda / III a**

Pembimbing : **Dr. H. Bambang Suyono, SpOG
Dr. T. Mirza Iskandar, SpOG**

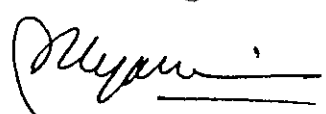
Semarang, Oktober 2001

Peneliti

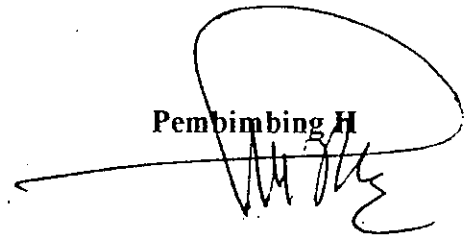

AUGUSTINUS SETIABUDI
NIP. 140 318 782

Disetujui oleh :

Pembimbing I


Dr. H. Bambang Suyono, SpOG
NIP. 130 354 862

Pembimbing II


Dr. T. Mirza Iskandar, SpOG
NIP. 140 205 837

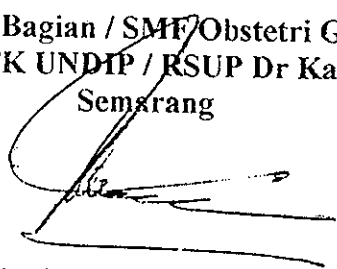
**Penelitian ini dilakukan di bagian Obstetri Ginekologi
Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro
Sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Dokter Spesialis Obstetri Ginekologi**

Hasil penelitian ini milik

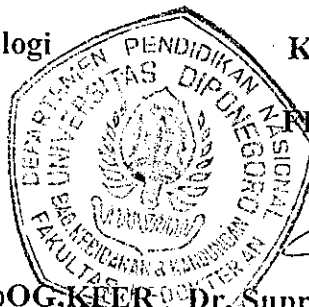
**Bagian /SMF Obstetri Ginekologi
Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro
Rumah Sakit Umum Pusat Dr Kariadi
Semarang**

**Telah diajukan dan disetujui
Semarang, Oktober 2001**

**Ketua Bagian / SMF Obstetri Ginekologi
FK UNDIP / RSUP Dr Kariadi
Semarang**



Prof. Dr. H. Noor Pramono, MMed Sc, SpOG, KEER
NIP 130 345 800



**Ketua Program Studi PPDS I
Obstetri Ginekologi
FK UNDIP / RSUP Dr Kariadi
Semarang**



Dr. Suprijono Kartodarsono, SpOG, KOnk
NIP 140 090 806

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, berkat karunia dan rahmat Nya saya dapat menyelesaikan tesis ini yang berjudul: " Tingkat Pengetahuan Ibu Post Partum Tentang Keluarga Berencana Dan Hubungannya Dengan Penerimaan Sterilisasi Tuba", sebagai syarat menempuh ujian akhir Program Pendidikan Dokter Spesialis I Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro/ Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Kariadi Semarang.

Atas segala bantuan dan bimbingan selama pendidikan ini, dengan segenap ketulusan hati saya sampaikan terima kasih yang tak terhingga kepada yang terhormat :

1. **Prof. Dr. H. Noor Pramono, MMedSc, SpOG, KFER** Ketua Bagian/ SMF Obstetri Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro / Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Kariadi Semarang atas segala bimbingan dan ilmu yang telah diberikan selama pendidikan dan penyelesaian penyusunan Tesis ini.
2. **Dr. Suprijono Kartodarsono, SpOG, KOnk** Ketua Program Studi Program Pendidikan Dokter Spesialis Obsteri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro atas bimbingan yang diberikan selama pendidikan .
3. **Dr. H. Bambang Suyono, SpOG** dan **Dr. T. Mirza Iskandar SpOG**, selaku Pembimbing , atas segala kesabaran dan ketekunan dalam membimbing saya hingga selesainya tesis ini.
4. **Para Guru Besar dan Staf** di Bagian Obstetri dan Ginekologi FK Undip / RSUP Dr. Kariadi Semarang yang telah memberikan ilmu , bimbingan serta dorongan dengan penuh kesabaran untuk menyelesaikan pendidikan ini.
5. **Prof. Dr. H. Untung Praptohardjo, SpOG** pembimbing dalam bidang Keluarga Berencana.
6. **Dra. Hastaning Sakti** , pembimbing dalam bidang perilaku
7. **Dr. Dharminto, M.Kes** , pembimbing dalam bidang kesehatan masyarakat dan statistik.
8. **Direktur RSUP Dr. Kariadi, Direktur RSU Panti Wilasa Dr. Cipto, Direktur RSUD Kotamadya Semarang** beserta staf yang telah membantu terlaksananya penelitian ini dengan memberikan ijin memperoleh data.

9. **Dr. Joseph Rachmat dan M.A. Sri Suharni** sebagai orang tua serta Ibu **Th. Ambarwati** sebagai mertua atas segala dorongan dan doa restu atas segala upaya dalam mengikuti pendidikan ini.
10. Istri tercinta **Dr. C. Hendriani** dan kedua anak saya **Y. Kurniabudhi Novarianto** dan **E. Hendradi Budi Nugroho** yang dengan penuh kasih sayang, pengertian dan pengorbanan mendampingi dan mendoakan saya dalam suka dan duka selama pendidikan.
11. Sejawat Residen bagian Obstetri dan Ginekologi, Bidan dan Paramedis Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Kariadi Semarang atas segala bantuan dan kerjasama yang terjalin baik selama pendidikan, dan tak lupa para pasien yang sangat membantu dalam proses pendidikan saya.

Saya menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna, maka saran serta kritik senantiasa saya nantikan, namun saya berharap semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi dunia kedokteran khususnya bidang Obstetri dan Ginekologi.

Semarang, Oktober 2001

Augustinus Setiabudi

ABSTRAK

Keikutsertaan seseorang dalam suatu kegiatan erat kaitannya dengan pengetahuan, sikap dan perilakunya.

Tujuan: mengetahui apakah tingkat pengetahuan keluarga berencana berhubungan dengan sikap dan perilaku ibu post partum dalam penerimaan sterilisasi tuba.

Cara Penelitian : penelitian ini adalah survei dengan rancang penelitian potong lintang menggunakan metode wawancara mendalam dilanjutkan kuesioner terstruktur. Subyek penelitian adalah ibu yang melahirkan di RSUP Dr. Kariadi, RSUD Panti Wilasa Dr. Cipto dan RSUD Kotamadya Semarang yang memenuhi syarat.

Hasil : selama Januari - Maret 2001 diwawancarai 188 responden dengan kelompok terbanyak umur 30-35 tahun, yaitu 122 orang (64,8%). Umur termuda 30 tahun dan tertua 43 tahun. Terbanyak berpendidikan rendah dan menengah yaitu 82 orang (43,6%) dan 91 orang (48,4%), sedang yang berpendidikan tinggi hanya 15 orang (7,9%). Sebagian besar responden 110 orang tidak bekerja (58,5%) dengan status ekonomi terbanyak adalah status ekonomi sedang 68 orang (36,2%) dan tinggi 87 orang (43,6%). Sebagian besar bertempat tinggal di Kotamadya Semarang 157 orang (83,5%), sedang yang berasal dari pedesaan 31 orang (16,5 %).

Tingkat pengetahuan tentang keluarga berencana terbanyak adalah pada tingkat sedang 128 orang (68,08%), tingkat pengetahuan kurang 38 orang (20,21%) dan hanya 22 orang dengan tingkat pengetahuan yang baik (11,7%). Tingkat pengetahuan keluarga berencana ini tidak bermakna bila dihubungkan dengan sikap ibu terhadap sterilisasi tuba ($p=0,091$). Tetapi apabila dihubungkan dengan perilaku menjadi peserta sterilisasi tuba didapatkan hubungan yang bermakna ($p=0,029$). Tingkat pengetahuan tentang keluarga berencana ini mempunyai nilai prediktif untuk pelaksanaan sterilisasi tuba ($p=0,0003$).

Sikap positif terhadap sterilisasi tuba didapatkan pada 33 orang (17,5%), sikap netral 121 orang (64,36%) dan sikap negatif 34 orang (18,08%). Terdapat hubungan yang bermakna antara sikap ini dengan perilaku untuk menjadi peserta sterilisasi tuba ($p=0,0001$). Sebagian besar (70%) ibu post partum menyatakan belum cukup mendapat informasi tentang sterilisasi tuba dan mengharapkan informasi ini diberikan oleh dokter dan bidan. Pendidikan berhubungan secara bermakna dengan tingkat pengetahuan tentang keluarga berencana ($p=0,0001$) tetapi tidak berhubungan secara bermakna dengan sikap terhadap sikap terhadap sterilisasi tuba ($p=0,120$). Pengaruh suami ternyata mempunyai hubungan yang bermakna dengan perilaku ibu untuk menjadi akseptor sterilisasi tersebut ($p=0,0001$). Sedangkan agama, daerah asal, paritas, status sosial-ekonomi, pekerjaan dan umur ibu tidak berhubungan secara bermakna dengan pengetahuan tentang keluarga berencana, sikap dan perilaku ibu terhadap sterilisasi tuba.

Simpulan : pengetahuan tentang keluarga berencana yang semakin baik, maka kemungkinan untuk menjadi peserta sterilisasi tuba semakin besar. Sikap terhadap sterilisasi tuba yang semakin baik, maka pelaksanaan sterilisasi tuba semakin dapat diterima. Tingkat pendidikan berpengaruh terhadap pengetahuan tentang keluarga berencana, tetapi tidak berpengaruh terhadap sikap ibu terhadap sterilisasi tuba dan keikutsertaan menjadi akseptor. Pengaruh suami berhubungan secara bermakna dengan keikutsertaan ibu menjadi akseptor sterilisasi tuba

DAFTAR ISI

Halaman judul	i
Halaman pengesahan	ii
Kata Pengantar	v
Abstrak	vii
Daftar isi	viii
Daftar Tabel	xi
Daftar Skema	xii
Daftar lampiran	xiii
Bab I. Pendahuluan	
1. Latar belakang	1
2. Permasalahan	2
3. Keaslian	2
4. Tujuan penelitian	3
5. Manfaat penelitian	3
Bab II. Tinjauan Pustaka	
1. Batasan istilah	4
2. Sejarah sterilisasi tuba sebagai kontrasepsi	4
3. Penerimaan sterilisasi tuba	6
3.1 Pengetahuan	6
3.2 Sikap	7
3.3 Perilaku dalam bentuk praktek (tindakan)	7
4. Faktor-faktor perilaku	10
4.1 Pengetahuan tentang keluarga berencana	11
4.2 Pendidikan	13
4.3 Tingkat sosial ekonomi	13
4.3.1 Pekerjaan	14
4.3.2 Paritas dan jumlah anak hidup	14
4.3.3 Asal tempat tinggal	15
4.4 Umur ibu	15
4.5 Sosial Budaya	16
4.5.1 Suami dan orang berpengaruh	16
4.6 Agama dan sterilisasi tuba	17
4.6.1 Islam	17
4.6.2 Kristen Protestan	18
4.6.3 Katolik	18
4.6.4 Hindu	20
4.6.5 Budha	20
4.7 Aspek psikologis	20
4.8 Pengalaman menggunakan alat kontrasepsi dan kecukupan informasi	21
5. Kerangka teori	22
6. Kerangka konsep	23
Bab III Hipotesis	24
Bab IV Cara Penelitian	
1. Rancangan penelitian	25
2. Tempat penelitian	25
	viii

3. Waktu penelitian	25
4. Populasi dan sampel	25
4.1 Populasi target	25
4.2 Populasi terjangkau	25
4.3 Sampel	25
4.4 Besar sampel	27
5. Proses penelitian	27
5.1 Penyusunan kuesioner	27
6. Uji validitas dan reliabilitas skala pengukur	28
7. Variabel penelitian	28
8. Pengolahan data	28
9. Batasan operasional	
9.1 Pengetahuan tentang keluarga berencana	29
9.2 Sikap terhadap sterilisasi tuba	29
9.3 Penerimaan sterilisasi tuba	30
9.4 Usia ibu	30
9.5 Jumlah anak hidup	30
9.6 Pendidikan	30
9.7 Status ekonomi	30
9.8 Daerah asal	30
10. Etika penelitian	31
11. Alur penelitian	31
Bab V Hasil Penelitian	
1. Validitas dan reliabilitas kuesioner	32
2. Karakteristik responden	33
2.1 Umur	33
2.2 Pendidikan	33
2.3 Sosial ekonomi	33
2.4 Pekerjaan	33
2.5 Paritas	34
2.6 Daerah Asal	34
2.7 Agama	34
2.8 Pengaruh Suami	34
2.9 Pengalaman menggunakan alat kontrasepsi	34
2.10 Kecukupan informasi tentang sterilisasi tuba	34
3. Hubungan multivariat antara tingkat pengetahuan ibu tentang keluarga berencana dengan faktor-faktor yang mempengaruhinya	35
4. Hubungan multivariat antara sikap terhadap sterilisasi tuba dengan faktor faktor yang mempengaruhinya	36
5. Hubungan multivariat antara perilaku menjadi peserta sterilisasi tuba dengan faktor-faktor yang mempengaruhinya	37
6. Tingkat pengetahuan tentang keluarga berencana dan hubungannya dengan sikap dan perilaku ibu terhadap sterilisasi tuba	38
7. Sikap terhadap sterilisasi tuba dan hubungannya dengan perilaku untuk menjadi akseptor sterilisasi tuba	40
8. Alasan menolak sterilisasi tuba	40

Bab VI Pembahasan

1. Karakteristik subyek penelitian	
1.1 Umur Ibu	41
1.2 Pendidikan Ibu	41
1.3 Sosial ekonomi	42
1.4 Pekerjaan Ibu	42
1.5 Paritas	43
1.6 Daerah asal	43
1.7 Agama	43
1.8 Pengaruh Suami	44
1.9 Pengalaman dengan alat kontrasepsi	44
1.10 Kecukupan informasi tentang sterilisasi tuba	45
2. Tingkat pengetahuan tentang keluarga berencana	45
3. Sikap terhadap sterilisasi tuba	45
Bab VII Simpulan	46
Bab VIII Saran	47
Bab IX Daftar Pustaka	48

DAFTAR TABEL

Tabel I	Skor sosial ekonomi Bistok Saing.....	31
Tabel II	Hubungan multivariat antara tingkat pengetahuan tentang KB dan Faktor-faktor yang mempengaruhinya	35
Tabel III	Tingkat pendidikan dan tingkat pengetahuan tentang keluarga berencana	35
Tabel IV	Hubungan multivariat antara sikap terhadap sterilisasi tuba dengan faktor-faktor yang mempengaruhinya	36
Tabel V	Tingkat pendidikan dan sikap terhadap sterilisasi tuba	36
Tabel VI	Pengaruh suami dan sikap terhadap sterilisasi tuba	37
Tabel VII	Analisis regresi logistik antara perilaku menjadi peserta sterilisasi tuba dengan faktor-faktor yang mempengaruhinya	37
Tabel VIII	Pengaruh suami dan perilaku menjalani sterilisasi tuba.....	38
Tabel IX	Tingkat pengetahuan tentang keluarga berencana dan sikap terhadap sterilisasi tuba	39
Tabel X	Tingkat pengetahuan tentang keluarga berencana dan perilaku menjadi peserta sterilisasi tuba	39
Tabel XI	Hubungan tingkat pengetahuan tentang keluarga berencana dan perilaku menjadi peserta sterilisasi tuba	39
Tabel XII	Sikap terhadap sterilisasi tuba dan perilaku menjadi akseptor sterilisasi tuba	40

DAFTAR SKEMA

Skema 1	Hubungan paling sederhana antara pengetahuan , sikap dan perilaku	7
Skema 2	Hubungan antara pengetahuan , sikap dan perilaku dengan adanya <i>significant others</i>	8
Skema 3	Perubahan sikap	8
Skema 4	Hubungan antara pengetahuan , sikap , niat dan perilaku seseorang terhadap suatu aktifitas tertentu	9
Skema 5	Kerangka teori.....	22
Skema 6	Kerangka konsep	23
Skema 7	Alur penelitian.....	24

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I- III	Ijin penelitian	51
Lampiran IV	Persetujuan mengikuti penelitian	54
Lampiran V	Kuesioner	55

BAB I

PENDAHULUAN

1. Latar Belakang

Sterilisasi tuba merupakan kontrasepsi yang cukup aman, praktis dan murah karena dikerjakan 1 kali dan bersifat permanen, sehingga sangat baik untuk mencegah kehamilan risiko tinggi, yang berdampak dalam mengurangi angka kesakitan, kematian ibu dan anak, serta berguna dalam mengendalikan pertumbuhan penduduk dengan cara menurunkan angka kelahiran. Sterilisasi tersebut sangat menguntungkan bila dilakukan pada saat post partum karena tehniknya mudah, alat yang diperlukan sederhana dan lama perawatan singkat (bersamaan dengan perawatan post partum) ^{1,2,3}.

Rosalia (1993), memperlihatkan bahwa sterilisasi telah berhasil memperbaiki kesehatan reproduksi dalam arti menghindari kehamilan risiko tinggi yang terbatas pada umur > 35 tahun dan paritas > 4, tetapi dari segi demografi belum menunjukkan dampak yang berarti karena sebagian besar dilakukan pada ibu dengan jumlah anak yang cukup banyak ⁴.

Keikutsertaan seseorang dalam suatu kegiatan erat kaitannya dengan pengetahuan, sikap dan perilakunya. Demikian halnya dengan keluarga berencana, adanya pengetahuan tentang keluarga berencana akan menyebabkan orang mempunyai sikap terhadap keluarga berencana, selanjutnya sikap ini akan mempengaruhi niat dalam kegiatan keluarga berencana. Niat yang kemudian diikuti atau tidak menjadi peserta keluarga berencana disebut perilaku ^{5,6}.

Sepanjang tahun 1999, peserta KB aktif di Jawa Tengah cukup tinggi yaitu sekitar 82,71 %, tetapi yang menggunakan kontrasepsi jangka panjang baru mencapai 39 % dengan metode operasi wanita mencapai 8,4 %, sedangkan di Semarang penggunaan kontrasepsi jangka panjang mencapai 28,3 % dengan metode operasi wanita sebesar 10,01 %. Dalam situasi krisis ekonomi seperti sekarang ini secara rasional seharusnya masyarakat (pasangan usia subur) cenderung memilih metode kontrasepsi yang berjangka panjang oleh karena lebih efektif dan efisien. Permasalahan yang timbul adalah alat kontrasepsi implant yang sangat diminati, tidak lagi mampu disediakan oleh

pemerintah, di sisi lain IUD yang cukup tersedia kurang diminati. Hal ini membuka peluang untuk memasyarakatkan sterilisasi tuba⁷.

Berbagai alasan telah dikemukakan oleh mereka yang belum mau menerima sterilisasi tuba antara lain karena takut efek samping, komplikasi, alasan agama dan lain sebagainya. Beberapa karakteristik sosio demografi seperti umur, pendidikan dan jumlah anak kerap juga diduga mempunyai kaitan dengan penerimaan sterilisasi tuba^{4,8,9}. Berdasarkan hasil survei peningkatan jumlah peserta keluarga berencana berkaitan dengan makin dalamnya pengertian tentang berbagai metode kontrasepsi termasuk sterilisasi tuba^{5,6,9}.

Berdasarkan hal-hal diatas perlu dilakukan penelitian untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi penerimaan sterilisasi tuba pada ibu post partum, sehingga memperoleh gambaran apakah tingkat pengetahuan tentang keluarga berencana pada ibu post partum berpengaruh terhadap sikap dan perilakunya dalam penerimaan sterilisasi tuba.

2. Permasalahan

Berdasarkan beberapa keadaan diatas, permasalahan pada penelitian ini adalah :

- 2.1. Apakah tingkat pengetahuan tentang keluarga berencana pada ibu post partum berhubungan dengan sikap dan perilaku dalam menerima atau menolak sterilisasi tuba.
- 2.2. Apakah sikap terhadap sterilisasi tuba berhubungan terhadap perilaku ibu dalam menerima atau menolak sterilisasi tuba
- 2.3. Apakah karakteristik umur ibu, paritas, pendidikan, sosio-ekonomi, suami, agama, daerah asal dan kecukupan informasi mempengaruhi pengetahuan tentang keluarga berencana, sikap dan perilaku dalam menerima atau menolak sterilisasi tuba

3. Keaslian

Di Indonesia telah banyak penelitian tentang sterilisasi tuba post partum yang ditinjau dari berbagai aspek. Mahardiana (1996) selama 1 tahun telah meneliti sterilisasi tuba post partum pada kehamilan risiko tinggi¹⁰, Widigdo (1994) telah meneliti beberapa

aspek alasan penolakan sterilisasi wanita post partum, keduanya di RSUP Dr. Kariadi Semarang¹¹. Rosalia (1993) di RSHS Bandung meneliti hubungan karakteristik peserta metode operasi wanita dengan kesehatan reproduksi dan demografi⁴. Prihadi dan Soejoenoes (1979), telah meninjau beberapa aspek penghambat sterilisasi post partum¹². Sedangkan aspek pengetahuan tentang keluarga berencana yang dihubungkan dengan penerimaan kontrasepsi mantap (sterilisasi tuba) diteliti oleh Ridwan (1989) di beberapa RS di Yogyakarta¹³. Penelitian tentang pengaruh pengetahuan tentang keluarga berencana dalam hubungannya dengan sikap dan perilaku ibu post partum terhadap penerimaan sterilisasi tuba belum diteliti di Semarang.

4. Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini adalah :

- 4.1 Mengetahui apakah tingkat pengetahuan tentang keluarga berencana pada ibu post partum berpengaruh terhadap sikap dan perilaku dalam penerimaan sterilisasi tuba
- 4.2 Mengetahui apakah sikap terhadap sterilisasi tuba berpengaruh terhadap perilaku dalam penerimaan sterilisasi tuba.
- 4.3 Mengetahui apakah terdapat hubungan karakteristik seperti umur, paritas, pendidikan, sosial- ekonomi, pengaruh suami, agama, daerah asal dan kecukupan informasi dengan pengetahuan tentang keluarga berencana, sikap dan perilaku ibu post partum terhadap sterilisasi tuba.

5. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat melihat gambaran penerimaan ibu – ibu post partum terhadap sterilisasi tuba dalam hubungannya dengan pengetahuan tentang keluarga berencana, yang dapat dipakai sebagai asupan untuk melakukan motivasi kepada ibu-ibu post partum yang layak dilakukan sterilisasi, sehingga dapat lebih meningkatkan cakupan sterilisasi tuba. Akhirnya diharapkan hasil penelitian ini dapat merupakan sumbangan bagi keberhasilan usaha menurunkan angka kematian ibu dan bayi melalui pencegahan kehamilan risiko tinggi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

1. Batasan Istilah

Kontrasepsi adalah usaha-usaha untuk mencegah terjadinya kehamilan^{2,3}.

Sterilisasi tuba adalah setiap tindakan pada kedua tuba fallopii yang mengakibatkan hambatan transport sperma, sehingga pasangan yang bersangkutan tidak akan mendapat keturunan lagi^{2,3,14}.

2. Sejarah sterilisasi sebagai kontrasepsi

Blundell (1823) menganjurkan sterilisasi operatif, dimana tubektomi disarankan dilakukan saat bedah caesar untuk mencegah bedah caesar ulang dengan tujuan melindungi wanita dari kehamilan yang membahayakan jiwanya. Lungren (1881) adalah orang yang pertama dilaporkan melakukan ligasi pada tuba saat bedah caesar. Madlener (1919) melakukan ligasi tuba menggunakan benang sutera. Oleh karena banyak kegagalan prosedur ini diperbaiki oleh Pomeroy (1929) dengan cara ligasi dan reseksi sebagian tuba, metode ini masih populer sampai sekarang. Irving (1924) melakukan pemotongan tuba, lalu menanam ujung tuba proksimal pada miometrium, teknik ini sangat efektif dan reversibilitasnya tinggi tetapi relatif sulit dikerjakan. Kroener (1935) memotong dan mengangkat bagian distal tuba, teknik ini reversibilitasnya rendah. Uchida (1946) melakukan modifikasi teknik Kroener dengan menanam ujung tuba proksimal ke dalam tunika serosa^{11,15,16}.

Mula-mula sterilisasi terbatas untuk indikasi eugenik (cacat mental berat). Sejak tahun 1920 sterilisasi tuba post partum terbukti cukup aman. Pada tahun 1930, ketika *keluarga berencana* diperkenalkan, sterilisasi tuba ditawarkan pada wanita usia 40 tahun atau lebih dengan anak 8 atau lebih. Kriteria ini lambat laun diperlunak¹⁵.

Baird (1965) menulis *The Fifth Freedom* yang menekankan pentingnya menghindari kehamilan yang tak diinginkan sebagai suatu kebutuhan dan peran penting dari sterilisasi tuba. Menjelang akhir tahun 1960 sterilisasi sudah menjadi prosedur yang populer^{11,15}.

Uchida dan kawan-kawan (1961) memperkenalkan tehnik minilaparotomi, yaitu insisi kecil pada dinding perut untuk mencapai tuba. Saunders dan Munsick (1972) melakukan sterilisasi tuba pada masa interval dengan insisi 1,5-3 cm digaris batas rambut kemaluan dengan anastesi umum. Stubbs mengembangkan tehnik sterilisasi dengan anastesi lokal untuk sayatan kulit dan alat kauter untuk menutup tuba, dengan cara ini tindakan menjadi lebih singkat dan dapat dilakukan pada akseptor rawat jalan^{14,15}. Osathanondh (1973) mengembangkan tehnik minilaparotomi dengan anastesi lokal dan dengan peralatan yang lebih sederhana. Cara ini dapat dilakukan di daerah, dimana tidak ada anastesi umum dan alat elektrokauter tidak tersedia^{14,17}.

Anderson (1937) mengembangkan penggunaan laparoskopi menjadi suatu metode sterilisasi tuba. Power dan Barnes (1941) telah menggunakan laparoskopi untuk melakukan sterilisasi tuba. Dengan ditemukannya fiber optik dengan sumber cahaya dingin tahun 1960, penggunaan laparoskopi menjadi lebih luas^{14,17}.

Setelah tahun 1960, kecenderungan paritas tinggi mulai berubah dan umur wanita yang meminta sterilisasi semakin muda. Dengan diijinkannya aborsi di beberapa negara, banyak wanita menginginkan sterilisasi tuba setelah tindakan tersebut. Hal ini merangsang perkembangan sterilisasi interval melalui vagina (kolpotomi) selain minilaparotomi^{11,17}.

Sudah sejak sebelum merdeka, sterilisasi tuba dilakukan para dokter di Indonesia dengan alasan kesehatan. Perkembangan sterilisasi modern di Indonesia dimulai sewaktu Soejoenoes dan Sondakh dikirim ke Mexico (1970) untuk mempelajari kuldoskopi, yang kemudian diikuti banyak dokter lain yang dilatih dalam tehnik laparoskopi ke Amerika Serikat¹¹.

Menyadari bahwa sulit bagi pemerintah menetapkan sterilisasi sebagai salah satu cara kontrasepsi, karena ditentang oleh sebagian anggota masyarakat, maka didirikanlah organisasi masyarakat yang didukung pemerintah bernama PUSSI (Perkumpulan Untuk Sterilisasi Sukarela Indonesia) tahun 1974 dengan kegiatannya melaksanakan penerangan, pendidikan, latihan dan penelitian pelbagai aspek sterilisasi. Sejak 1977 dimulailah program latihan bagi dokter umum dalam tehnik laparotomi mini interval dan post partum. Tahun 1981 PUSSI berubah menjadi PKMI (Perkumpulan Kontrasepsi Mantap Indonesia)¹⁸.

3. Penerimaan sterilisasi tuba

Kebutuhan kontrasepsi dipengaruhi oleh : umur, kesehatan, keselarasan perkawinan, tingkat pendidikan, jumlah dan jenis kelamin anak yang hidup serta yang masih diinginkan, jarak antara kehamilan, perilaku seksual, moralitas, agama, emosi, status ekonomi dan riwayat/risiko kehamilan-persalinan^{1,19,20}.

Sumapraja (1985) menyatakan penerimaan kontrasepsi seseorang dipengaruhi oleh pengetahuannya tentang keluarga berencana mengenai kurun reproduksi sehat, menunda usia kawin/kehamilan, kontrasepsi yang sesuai dengan kurun reproduksi sehat, jumlah anak yang diinginkan, hanya satu balita pada satu saat dan lain-lain¹⁸.

Prihadi dan Soejoenoes (1979) mendapatkan beberapa faktor yang berhubungan dengan penolakan sterilisasi tuba dimana 43,3% disebabkan takut operasi, 26,6% dilarang suami, 13,3% masih ingin anak, 5% memilih metode kontrasepsi lain dan karena suami bersedia vasektomi¹². Sedangkan Widigdo (1994) melaporkan aspek penyebab penolakan sterilisasi tuba diantaranya 60% takut operasi, 25,3% dilarang suami, 14,67% masih ingin anak lagi, 12,57% ingin menggunakan kontrasepsi lain dan 7,33% karena alasan keyakinan agama¹¹.

Bloom dalam Notoatmojo (1993) menyebutkan bahwa perilaku seseorang terdiri dari tiga bagian yaitu *kognitif*, *afektif* dan *psikomotor*. Kognitif diukur dari pengetahuan, afektif dari sikap atau tanggapan dan psikomotor diukur melalui tindakan. Pembentukan dan perubahan perilaku dipengaruhi beberapa faktor yang berasal dari dalam dan luar individu. Faktor dari dalam mencakup pengetahuan, kecerdasan, persepsi, sikap emosi dan motivasi yang berfungsi mengolah rangsang dari luar. Faktor dari luar meliputi lingkungan sekitar baik fisik maupun non fisik seperti iklim, sosial, ekonomi, budaya dan sebagainya²¹.

3.1 Pengetahuan

Pengetahuan diperoleh dari pengalaman yang berasal dari berbagai macam sumber misalnya media massa, media elektronik, buku petunjuk, petugas kesehatan, media poster, kerabat dekat dan sebagainya. Pengetahuan ini dapat membentuk keyakinan tertentu, sehingga seseorang berperilaku sesuai keyakinan tersebut. Notoatmojo (1993) mengatakan pengetahuan merupakan hasil dari proses penginderaan terhadap suatu obyek. Penginderaan tersebut sebagian besar berasal dari penglihatan dan

pendengaran. Pengukuran atau penelitian pengetahuan pada umumnya dilakukan melalui tes atau wawancara dengan alat bantu kuesioner berisi materi yang ingin diukur dari responden²¹.

3.2 Sikap

Notoatmojo (1993) berpendapat sikap merupakan reaksi yang masih tertutup, tidak dapat dilihat secara langsung sehingga sikap hanya dapat ditafsirkan dari perilaku yang tampak²¹. Sadli (1992) mendefinisikan sikap sebagai kesiapan seseorang untuk bertindak secara tertentu terhadap hal tertentu (khusus). Sikap terdiri dari komponen **perasaan**, **pikiran** dan dilihat melalui **tindakan**. Jika seorang ibu setuju dengan sterilisasi tuba, hal tersebut adalah suatu sikap, yang berarti ibu tersebut tahu bahwa sterilisasi tuba adalah cara yang paling sesuai baginya (**pikiran**), ia senang pada tindakan tersebut (**perasaan**) sehingga ia menjalaninya dan kemudian juga menganjurkan teman-temannya untuk mengikutinya (**tindakan**). Sikap dapat bersifat positif dapat pula negatif. Dalam sikap positif, kecenderungan tindakannya adalah mendekati, menyenangkan dan mengharapkan obyek tertentu, sedangkan sikap negatif kebalikannya yaitu menjauhi, menghindari, membenci dan tidak menyukai obyek tertentu⁹.

Pengukuran sikap dapat dilakukan secara tidak langsung ataupun secara langsung dengan menanyakan pendapat.

3.3 Perilaku dalam bentuk praktek (tindakan)

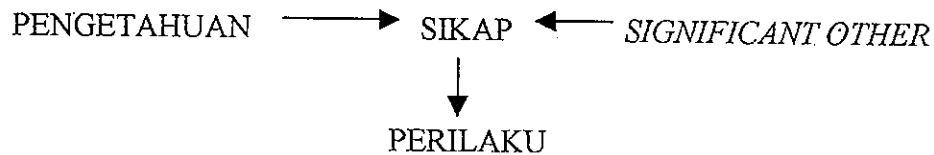
Praktek menurut *theory of reasoned action* (Smet, 1994), dipengaruhi kehendak, sedang kehendak dipengaruhi sikap dan norma subyektif. Sikap sendiri dipengaruhi oleh keyakinan akan hasil dari tindakan yang telah lalu. Norma subyektif dipengaruhi oleh keyakinan akan pendapat orang lain serta motivasi untuk mentaati pendapat tersebut. Praktek ini dibentuk oleh pengalaman interaksi individu dengan lingkungan, khususnya yang menyangkut pengetahuan dan sikapnya terhadap suatu obyek^{22,23}.

Sutherland menggambarkan model paling sederhana dari perilaku adalah sebagai berikut¹¹:

INFORMASI → PENGETAHUAN → SIKAP → PERILAKU

Skema 1. Hubungan paling sederhana antara pengetahuan sikap dan perilaku

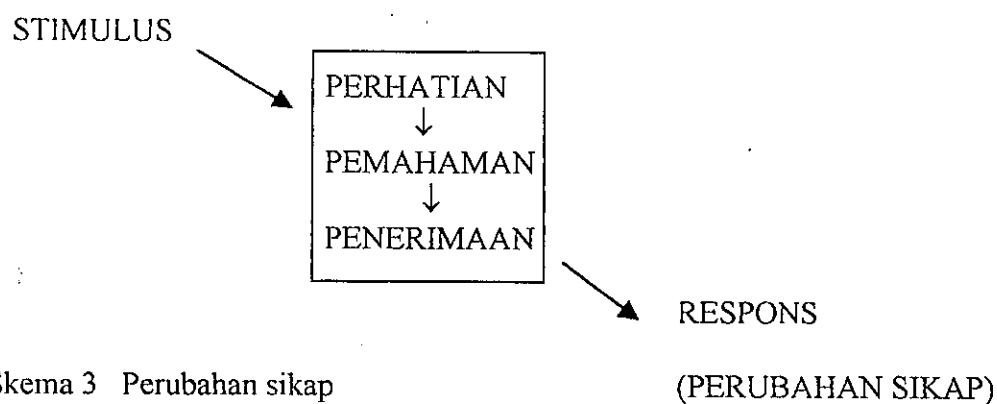
Tidak semua informasi akan menambah pengetahuan, tidak semua pengetahuan dapat merubah sikap dan sikap seseorang tidak selalu terlihat dalam perilakunya. Feldstein membuat model tentang perilaku seseorang terhadap suatu obyek¹¹.



Skema 2. Hubungan antara pengetahuan sikap dan perilaku dengan adanya *significant other*

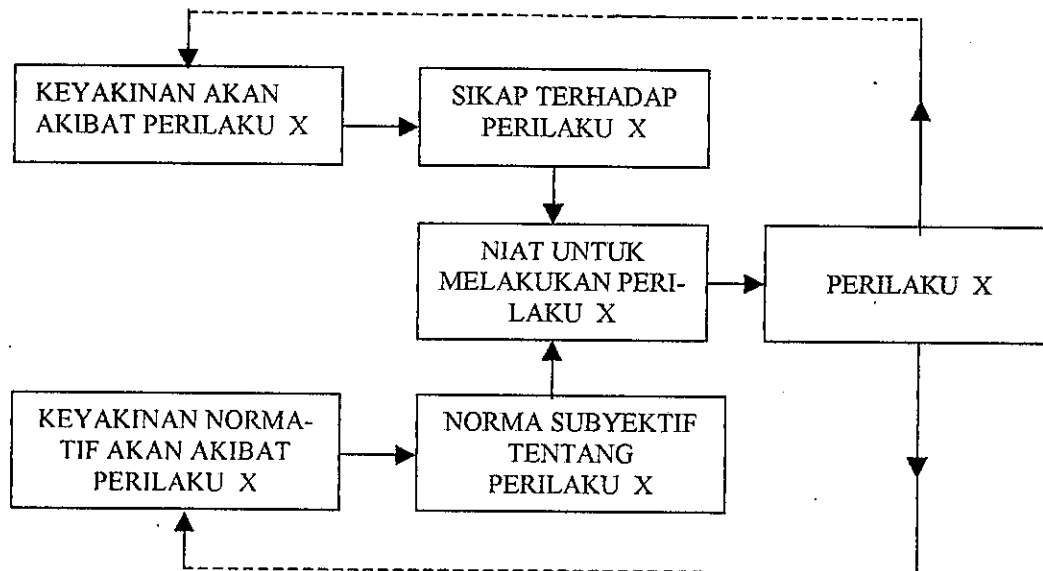
Yang termasuk *significant others* adalah agama, nilai-nilai yang dianut, pengalaman, lingkungan, kondisi sosial ekonomi dan demografi¹¹.

Teori perubahan sikap lainnya yaitu : teori stimulus respons dan penguatan, proses perubahan sikap menunjukkan persamaan dengan proses belajar. Menurut Sadli ada 3 variabel perubahan sikap yaitu : perhatian, pemahaman dan penerimaan yang digambarkan sebagai berikut⁹:



Skema 3 Perubahan sikap

Fishbein dan Ajzen yang dikutip Ancok (1992) menyatakan bahwa keikutsertaan seseorang di dalam suatu aktivitas tertentu sangat erat hubungannya dengan pengetahuan sikap niat dan perilakunya⁵.



Skema 4. Hubungan antara pengetahuan , sikap , niat dan perilaku seseorang terhadap suatu aktifitas tertentu.

Keyakinan akan akibat perilaku X adalah komponen yang berisi aspek pengetahuan tentang X. Kalau dikaitkan dengan keluarga berencana (KB) adalah pengetahuan tentang cara-cara KB, akibat positif atau negatif yang terjadi karena keikutsertaan sebagai akseptor KB.

Sikap terhadap perilaku X adalah komponen sikap, apakah sikap positif atau sikap negatif tergantung pada segi positif atau segi negatif dari komponen pengetahuan. Makin banyak segi positif atau makin penting komponen pengetahuan akan makin positif sikap yang terbentuk. Sebaliknya makin banyak segi negatifnya makin negatif sikap yang terbentuk.

Keyakinan normatif akan akibat perilaku X adalah komponen pengetahuan tentang sesuatu yang merupakan pandangan orang lain yang berpengaruh. Bila dikaitkan dengan kontrasepsi/KB adalah pandangan ayah, ibu, mertua, kepala desa, alim ulama, guru dan sebagainya untuk boleh atau tidak boleh seseorang untuk ikut sebagai akseptor KB.

Norma subyektif tentang perilaku X adalah keputusan yang dibuat seseorang setelah mempertimbangkan pandangan orang lain. Sejauh mana seseorang terpengaruh atau tidak, tergantung pada kekuatan kepribadian seseorang dalam menghadapi kehendak orang lain

Niat untuk melakukan perilaku X adalah niat untuk melakukan suatu perilaku. Bila dikaitkan dengan KB adalah terbentuknya niat untuk ikut atau tidak ikut serta menjadi akseptor KB. Terbentuknya niat ini ditentukan oleh interaksi antara komponen sikap terhadap perilaku X dan norma subyektif tentang perilaku X. Ketidakserasian antara kedua komponen tersebut bisa terjadi, misalnya seseorang mempunyai sikap yang positif terhadap KB tetapi orang lain yang berpengaruh tidak menyetujui, dalam keadaan ini apakah seseorang akan berniat ikut menjadi akseptor tergantung dari kepribadian seseorang, kalau ia berani menentang kehendak orang lain yang berpengaruh maka ia akan tetap mempunyai niat untuk ikut KB.

Alasan terakhir bahwa sikap dan perilaku seorang mungkin tidak sesuai adalah bahwa sebelum seseorang melakukan sesuatu ia mempertimbangkan **konsekuensi dari perilaku tersebut**. Bilamana diharapkan penghargaan atas suatu perilaku tertentu maka hal tersebut dianjurkan /diikuti. Akan tetapi bila perilaku tersebut merupakan sesuatu yang "mahal", maka perilaku tersebut tidak begitu diinginkan. Harapan akan penghargaan atau biaya dapat mempengaruhi kaitan antara sikap dan perilaku seseorang, hal inilah yang seringkali menghasilkan ketidakkonsistenan antara apa yang diucapkan seseorang dengan apa yang dilakukannya.

4. Faktor-faktor perilaku

Perilaku dibidang kesehatan menurut Azwar (1963) dipengaruhi beberapa hal ²⁴ :

a) Latar Belakang

Meliputi norma-norma yang ada, kebiasaan, nilai budaya dan keadaan sosial-ekonomi yang berlaku dalam masyarakat

b) Kepercayaan

Perilaku seseorang sangat dipengaruhi oleh kepercayaan orang tersebut terhadap kesehatan. Kepercayaan yang dimaksud meliputi manfaat yang akan didapat, hambatan yang ada, kerugian dan kepercayaan seseorang dapat terserang penyakit.

c) Sarana

Tersedia tidaknya fasilitas kesehatan yang dapat dimanfaatkan oleh masyarakat.

d) Cetusan

Seseorang yang mempunyai latar belakang pengetahuan yang baik dan bertempat tinggal dekat dengan sarana kesehatan, bisa saja belum pernah memanfaatkan sarana kesehatan tersebut. Suatu ketika orang tersebut terpaksa minta bantuan dokter karena mengalami perdarahan ketika melahirkan bayinya. Kejadian itu dapat memperkuat perilaku orang tersebut untuk memanfaatkan sarana kesehatan yang sudah ada.

Green (1980) dikutip oleh Istiarti menyebut 3 faktor yang mempengaruhi perubahan perilaku individu maupun kelompok sebagai berikut ²⁵ :

- a) Faktor yang mempermudah (*predisposing factor*), mencakup: pengetahuan, sikap kepercayaan, norma sosial dan unsur lain yang terdapat dalam diri individu maupun masyarakat.
- b) Faktor pendukung (*enabling factor*) antara lain umur, status sosial/ekonomi, pendidikan dan sumber daya masyarakat.
- c) Faktor pendorong (*reinforcing factor*) yaitu faktor yang memperkuat perubahan perilaku seseorang dikarenakan adanya sikap dan perilaku yang lain seperti sikap suami, orang tua, tokoh masyarakat atau petugas kesehatan.

4.1 Pengetahuan tentang keluarga berencana

Aspek **pengetahuan** yang mempengaruhi **sikap** adalah aspek pengetahuan yang berisikan aspek positif atau aspek negatif dari sesuatu hal. Kalau dikaitkan dengan KB, selain pengetahuan tentang alat-alat KB, pengetahuan tentang arti, kegunaan (tujuan), cara/metode yang digunakan, seharusnya juga berisikan pengetahuan tentang akibat

positif atau akibat negatif yang terjadi karena keikutsertaan menjadi akseptor KB (Ancok 1992)⁵.

Pengetahuan yang dimaksud disini, tidak selalu sesuai dengan fakta yang sebenarnya. Pengetahuan yang dimaksudkan disini sebenarnya hanyalah opini tentang sesuatu hal yang belum tentu sesuai dengan kenyataan⁸.

Segi positif ikut KB, misalnya :

- a. Anak, ibu dan ayah menjadi lebih sehat karena dengan keluar kecil kesehatan dapat terawat dengan lebih baik
- b. Biaya hidup lebih ekonomis karena dengan keluarga kecil, kebutuhan / pengeluaran lebih sedikit.
- c. Meningkatkan gairah seksual dengan hilangnya kecemasan takut hamil
- d. Khusus pada sterilisasi tuba oleh karena sifatnya yang relatif permanen dan dilakukan sekali saja, tidak memerlukan kontrol teratur dan terhindar dari faktor lupa.

Segi negatif ikut KB, misalnya :

- a. Menimbulkan efek samping yang berbahaya
misalnya : sakit kepala, bertambahnya berat badan, gangguan pola haid, perforasi bila memakai IUD, kegagalan/kehamilan.
- b. Bertentangan dengan ajaran moral.
- c. Timbul rasa berdosa, karena merasa bertentangan dengan ajaran agama.
- d. Khusus pada sterilisasi tuba, karena sifatnya yang permanen sehingga takut timbul kekecewaan dikemudian hari dan merupakan metoda operasi yang menimbulkan rasa takut karena komplikasi operasi.

Pada penelitian-penelitian yang lalu didapatkan adanya hubungan antara pengetahuan tentang KB dengan keikutsertaan menjadi akseptor KB . Makin tinggi pendidikan makin banyak yang mengetahui dan menjalankan KB, tetapi masih ada ibu yang mengetahui tentang KB namun belum ikut serta menjadi akseptor keluarga berencana, ini berarti bahwa pengetahuan tentang KB semata-mata tidak cukup untuk menyebabkan seseorang menjadi akseptor KB. Hal ini dapat dimengerti oleh karena penerimaan sterilisasi tuba dipengaruhi juga oleh faktor-faktor lain yaitu karakteristik,

riwayat penggunaan kontrasepsi, riwayat penyulit obstetri sebelumnya, riwayat kesulitan dalam pengasuhan anak, status ekonomi, sosial budaya dan faktor suami^{8,11}.

4.2. Pendidikan

Pendidikan merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi pengetahuan dan sikap tentang metode kontrasepsi. Hal ini terutama ditinjau dari praduga bahwa pendidikan akan mempengaruhi perilaku penduduk terutama perilaku yang berhubungan dengan penemuan-penemuan baru di bidang metoda kontrasepsi^{25,26,27}.

Orang yang berpendidikan tinggi akan memberikan respons yang lebih rasional dari pada mereka yang berpendidikan lebih rendah, lebih kreatif dan lebih terbuka terhadap usaha-usaha pembaharuan. Ia juga lebih dapat menyesuaikan diri terhadap perubahan-perubahan sosial, bahkan mungkin akan berfungsi sebagai subyek perubahan sosial^{25,26,27}.

Secara langsung maupun tidak langsung. Pendidikan berpengaruh pula dalam hal keluarga berencana (KB), karena pengetahuan tentang KB secara umum diajarkan pada pendidikan formal disekolah dalam mata pelajaran kesehatan, pendidikan kesejahteraan keluarga dan kependudukan²⁶.

Semakin tinggi pendidikan ibu, makin besar kemungkinan ibu memandang pendidikan anaknya sebagai alasan penting untuk melakukan KB, sehingga dengan semakin meningkatnya pendidikan semakin tinggi proporsi mereka yang mengetahui dan menggunakan kontrasepsi untuk membatasi jumlah anaknya²⁶.

Pendidikan biasanya berkaitan erat dengan status sosial ekonomi karenanya pendidikan termasuk dalam variabel faktor sosio ekonomi untuk mengetahui pengaruhnya terhadap fertilitas²⁸.

4.3. Tingkat sosial ekonomi

Pengaruh status sosial ekonomi terhadap KB, adalah pada ada atau tidaknya kesempatan atau kemampuan seseorang untuk mendapatkan sarana tersebut sehubungan dengan status ekonomi orang tersebut

Tingkat sosial ekonomi seseorang dapat dilihat selain dari pendidikannya juga dapat dilihat dari pekerjaan dan gajinya, tempat dimana wanita tersebut berada (pedesaan atau perkotaan), keadaan rumah (semi permanen atau permanen) dan

perlengkapan rumahnya, jumlah anak yang dimiliki, sumber air dan pencahayaan rumahnya (Bistok Saing dan kawan-kawan)²⁸.

4.3.1. Pekerjaan

Partisipasi wanita dalam angkatan kerja mempunyai pengaruh penting dalam penurunan fertilitas. Bekerja dapat mengurangi keinginan wanita untuk membina keluarga besar, karena dengan memiliki banyak anak menimbulkan kekawatiran terhadap anak yang ditinggalkan ibu bekerja di luar rumah.

Pencapaian pendidikan dan status pekerjaan dapat mempengaruhi posisi wanita sebagai kontributor pengambilan keputusan didalam rumah tangga. Perubahan sosial ekonomi, terutama kenyataan bahwa penghasilan suami tidak lagi menjamin pendapatan rumah tangga, telah mengakibatkan adanya peningkatan peranan wanita dalam menentukan nasibnya, karena akhirnya yang melahirkan anak adalah sang isteri dan bukan suami^{25,26,27}.

4.3.2 Paritas dan jumlah anak hidup

Pandangan masyarakat bahwa anak adalah milik orang tua yang paling berharga dan dibanggakan karena merupakan jaminan sosial ekonomi dan emosi di hari tua, menyebabkan penerimaan dan penolakan terhadap sterilisasi tuba sering dikaitkan dengan jumlah dan jenis kelamin anak hidup (Ancok 1992)⁵.

Pada pasangan dengan jumlah anak hidup yang masih sedikit (3 anak/kurang) terdapat kecenderungan untuk menggunakan alat kontrasepsi dengan efektifitas rendah yaitu pil dan kondom, sedangkan bila jumlah anak sudah dirasakan cukup banyak (4 anak) menggunakan alat kontrasepsi dengan efektifitas yang lebih tinggi. Dalam keadaan ini pemakaian kontrasepsi diduga mengandung dua tujuan yaitu sebagai usaha untuk memperpanjang jarak kelahiran dan sebagai usaha untuk membatasi jumlah anak, termasuk diantaranya adalah sterilisasi tuba²³.

Setiap kehamilan dan persalinan selalu mempunyai risiko baik bagi bayi maupun Ibu. Risiko kematian perinatal lebih tinggi pada kelahiran anak ke-4 atau dibandingkan dengan anak ke-3 atau kurang. Hal itu terjadi karena ibu yang sudah mempunyai 3 anak dan menjadi hamil lagi akan menurun kesehatannya dan sering

mengalami anemia yang dapat meningkatkan risiko perdarahan dan komplikasi persalinan lainnya ^{3,29,30}.

Mempunyai anak banyak merupakan salah satu predisposisi kanker mulut rahim ².

Apabila seorang ibu mempunyai pengetahuan tentang hal diatas, sterilisasi tuba merupakan alternatif terbaik bagi ibu yang sudah mempunyai 3 anak atau lebih.

4.3.3 Asal/tempat tinggal

Analisa Situasi Wanita Indonesia oleh Moelyoto dkk. (1988) mengungkap adanya norma yang cukup kuat bahwa seorang istri di daerah pedesaan sebaiknya mendampingi suami mencari nafkah disamping melakukan pekerjaan wanita/istri. Bagi golongan tidak mampu, pekerjaan ini sangat memakan waktu dan tenaga karena fasilitas yang kurang. Di masyarakat pedesaan masih terdapat anggapan bahwa wanita tidak mempunyai peranan dalam pengambilan keputusan didalam keluarga. Juga pada umumnya sarana kesehatan dan pendidikan di daerah pedesaan relatif kurang memuaskan dibanding di daerah perkotaan.. Keadaan tersebut berdampak pada kesehatan reproduksi wanita, misalnya dapat dilihat dari usia kawin yang lebih muda, tetapi dengan banyaknya penduduk pedesaan yang bekerja di kota /daerah urban,serta dengan banyaknya penduduk pedesaan yang telah selesai menjalani pendidikan sekolah dasar ditambah adanya sarana kesehatan yang langsung berada di desa misal bidan desa dan pondok bersalin desa diharapkan mereka memperoleh cukup kesadaran tentang kesehatan terutama pada penerimaan kontrasepsi ^{20,26}.

4.4 Umur ibu

Umur ibu merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi seseorang menjadi akseptor keluarga berencana, sebab umur berkaitan dengan potensi reproduksi dan menentukan perlu tidaknya seseorang melakukan sterilisasi tuba sebagai cara kontrasepsi ¹¹.

Mahardiana (1996), mendapatkan perbedaan yang bermakna pada penerimaan dan penolakan sterilisasi tuba pada wanita dengan kehamilan risiko tinggi, dimana pada penderita tersebut yang menerima sterilisasi lebih banyak pada kelompok usia diatas 40 tahun ¹⁰.

4.5 Sosial Budaya

Dalam masyarakat, ada orang tua yang amat bangga mempunyai banyak anak karena dianggap sebagai bukti bahwa orang tua itu berhasil dalam hidupnya, berhasil menurunkan banyak anak, memelihara anak-anak itu dan memberi mereka pendidikan. Kalaupun usaha pemeliharaan dan pemberian pendidikan kepada anak-anak kurang sebagaimana layaknya, orang tua itupun masih tetap bangga karena beranggapan dirinya telah mampu melahirkan dan memikul beban berat demi adanya anak-anak itu. Anggapan seperti ini akan lebih disuburkan oleh pandangan yang mengatakan bahwa keluarga besar adalah lebih baik dan banyak anak adalah banyak rejeki. Orang tua yang memilih anak sedikit kadang-kadang dikatakan sebagai kikir atau kurang mau berkorban³¹.

Dalam beberapa masyarakat kesukuan di Indonesia terdapat prinsip keturunan satu arah yaitu Patrilineal (garis keturunan laki-laki, misal suku Batak) dan Matrilineal (garis keturunan perempuan, misal suku Minangkabau). Keluarga dari masyarakat yang memiliki prinsip keturunan satu arah ini tidak akan bersedia menghentikan kesuburannya sebelum memperoleh anak dengan jenis kelamin tertentu sebagai penerus garis keturunan keluarga³¹.

Namun dari beberapa penelitian terakhir faktor budaya tersebut tidak lagi menjadi penentu utama dalam penerimaan sterilisasi tuba. Pada penelitian akhir-akhir ini faktor penentu seorang istri mengikuti dan menjalani sterilisasi tuba adalah faktor suami dan orang-orang yang berpengaruh di sekitarnya^{8,11,26,27}.

4.5.1 Suami dan orang yang berpengaruh

Sebagian besar keluarga Indonesia menempatkan suami pada kedudukan yang berhak mengambil keputusan utama, antara lain yang berkaitan dengan keluarga berencana, adalah tentang keputusan jumlah anak yang dimiliki, juga menyangkut masalah pemilihan alat/cara kontrasepsi^{12,26,27}.

Suami adalah orang yang paling dekat, berpengaruh besar dan berperan dalam kehidupan seorang ibu serta seluruh anggota keluarga. Jika suami memahami seluk beluk sterilisasi tuba diharapkan suami tidak berkeberatan isterinya menjalani sterilisasi tuba. Sering terjadi suami tidak mengizinkan istrinya, oleh karena tidak mengerti perihal sterilisasi tuba^{12,19}.

Bila dikaitkan dengan keluarga berencana, faktor pendorong yang lain meliputi ayah, ibu mertua, kepala desa, alim ulama, guru (atau siapa saja yang berpengaruh terhadap seseorang) tentang keharusan atau tidak ,seseorang untuk ikut kontrasepsi.

Sebagai contoh misalnya seseorang memiliki sikap yang positif terhadap sterilisasi tuba tetapi orang lain yang berpengaruh (ibu, ayah, mertua, kawan dekat) kurang menyetujuinya maka dalam keadaan demikian apakah seseorang akan berniat ikut sterilisasi tuba sangat bergantung dari kepribadian individu bersangkutan. Kalau dia berani menentang kehendak orang-orang dilingkungannya maka dia akan tetap ikut menjalani sterilisasi tuba^{18,22}.

4.6 Agama dan sterilisasi tuba

4.6.1 Islam

Masalah kontrasepsi /keluarga berencana memiliki titik singgung yang serius dengan agama Islam, karena itu para ulama Islam baik didalam maupun diluar negeri berkali-kali mengadakan pertemuan , seminar serta diskusi untuk membahas masalah tersebut, dan mendudukkannya sesuai aturan-aturan agama Islam yang ada. Dasar dari aturan-aturan tersebut adalah Kitabullah dan Sunnah Rasulullah disamping kesepakatan diantara para ulama tersebut (*Ijma*).Didalam Islam kontrasepsi sudah dipraktikkan sejak zaman Rasulullah, yaitu oleh para sahabat Nabi dengan cara melakukan *coitus interruptus* atau *AzI*. Berdasarkan bahwa *AzI* sebagai cara mencegah kehamilan secara sementara tidak dilarang oleh Rasulullah, maka segala macam bentuk dan cara kontrasepsi dapat dibenarkan oleh Islam selama (1) tidak dipaksakan, (2) tidak menggugurkan (aborsi), (3) tidak membatasi jumlah anak, dan (4) tidak menimbulkan pemandulan abadi (walaupun hal tersebut dapat dibenarkan apabila pengabaianya diduga keras dapat menimbulkan dampak negatif bagi kesehatan atau jiwa ibu, bapak, dan anak yang dikandung)^{32,33}.

Selama ini, sterilisasi dipahami oleh ulama sebagai pemandulan abadi, sehingga mereka membedakannya dengan alat kontrasepsi yang lain, misalnya semacam spiral yang berfungsi menghalangi pertemuan sperma dengan ovum, dan sewaktu-waktu bila dikehendaki dapat dicabut. Akan tetapi, jika perkembangan ilmu menemukan satu cara yang tidak mengakibatkan pemandulan abadi, atau sterilisasi yang dilakukan dapat

ditempuh dengan tidak mengakibatkan hal tersebut, maka tentu hukumnya dapat berubah dari terlarang menjadi boleh³³.

Jelas bahwa melaksanakan KB dengan tujuan terpeliharanya pendidikan anak dapat dibenarkan. Bahkan Imam Al-Ghazali membenarkan *Azl* (*coitus interruptus*) walaupun dengan alasan memelihara kecantikan wanita³³.

4.6.2 Kristen Protestan

Banyak ahli theologia Kristen Protestan yang memandang bahwa perkawinan bukan perencanaan mendapatkan anak semata-mata, melainkan menjadi pelaksana dari rencana Tuhan Allah, yaitu : Keselamatan manusia, termasuk kebahagiaan dan kesejahteraan umat manusia. Sebaiknya jikalau mempunyai anak hendaklah dengan bertanggung jawab atas kesejahteraan ayah, ibu dan anak-anak. Sebab arti keluarga yang bertanggung jawab ialah: supaya semua anak yang lahir harus dipersembahkan kepada Tuhan³⁴.

Sidang Raya Dewan Gereja di Indonesia ke VII di Pematang Siantar (1971) memutuskan bahwa cara kontrasepsi yang dipakai menjadi wewenang sepenuhnya dari suami/istri yang bersangkutan. Pada prinsipnya semua alat dan cara kontrasepsi dapat diterima asal memenuhi syarat-syarat efektivitas dan jaminan kesehatan pemakaiannya. Dengan melihat keputusan tersebut agama Kristen nampaknya tidak melarang umatnya untuk memakai alat kontrasepsi¹¹.

4.6.3 Katolik

Menurut ajaran Katolik, tugas mengadakan keturunan merupakan tanggung jawab orang tua sendiri. Kesimpulan ini ditarik dari pesan Sang Pencipta yang diberikan kepada manusia pada awal ciptaannya: Jadilah subur dan berkembangbiaklah, dan penuhi serta kuasailah bumi(Kej 1:28)³⁵.

Berkat kemajuan ilmu kedokteran, kematian bayi dan anak-anak dapat dicegah dan dikurangi, muncul penilaian baru mengenai jumlah anak. Makin lama banyak orang tua yang ingin membatasi jumlah anaknya. Terhadap keinginan ini, cukup lama gereja Katolik menjawab dengan sikap menolak karena setiap macam *birth control* bertentangan dengan Kitab Suci dan Hukum Kodrat. Baru Paus Pius XII (1951) akhirnya mengakui keinginan orang tua untuk membatasi jumlah anaknya sebagai

suatu keputusan yang etis. Namun Paus ini hanya mengizinkan **metode alamiah** dengan pantang berkala³⁶.

Melalui *Humanae Vitae* (1968) Paus Paulus VI menegaskan kembali bahwa cara kontrasepsi yang diperbolehkan hanya pantang berkala., karena berdasarkan hukum kodrat setiap tindakan suami istri harus terbuka untuk menurunkan kehidupan manusia dan mempunyai aspek prokreatif, inilah alasan mengapa setiap usaha untuk menggagalkan efek prokreasi (sengaja menggagalkan sifat kesuburannya) tidak diperbolehkan. Hal ini diperkuat Yohannes Paulus II dalam *Familiaris Consortio*(1981) dan *Evangelium Vitae*(1995)^{37,38}.

Keputusan keras para Paus yang menolak semua metode KB kontrasepsi mengejutkan umat Katolik seluruh dunia. Banyak diantara mereka sudah menggunakan salah satu metode kontrasepsi. Para uskup Indonesia mengakui kesulitan tersebut, maka MAWI mengeluarkan Surat Edaran MAWI (1968) dan Penjelasan Pastoral MAWI tentang surat tersebut (1972) yang menjelaskan pada pasangan suami-istri, tidak harus merasa berdosa oleh karena mereka bertindak secara bertanggungjawab bila menggunakan cara lain , asalkan³⁶ :

- tidak merendahkan martabat suami istri
- tidak berlawanan dengan hidup manusiawi,(pengguguran dan pemandulan tetap)
- dapat dipertanggungjawabkan secara medis

Terdapat perbedaan pendapat antara pimpinan gereja Katolik dan banyak teolog yang moderat tentang prinsip-prinsip penilaian moral metode-metode kontrasepsi, Pedoman moral dari para teolog menyatakan^{35,36}

- a. Metode KB alamiah/pantang berkala, penilaian moralnya patut diberikan sungguh-sungguh prioritas
- b. Metode KB kontrasepsi yang sungguh-sungguh preventif mencegah kehamilan (pil anti hamil, suntikan dan susuk, vasektomi dan tubektomi), penilaian moralnya: hanya dapat diijinkan dengan syarat-syarat reflektif(sesuai dengan hati nuraninya)
- c. Metode KB yang bersifat abortif (*morning after pill*,*menstrual regulation*,pil abortus RU 486), penilaian moralnya sama sekali tidak dapat

dipertanggungjawabkan karena menghancurkan hidup manusia dan bersifat jahat/pembunuhan sebab itu harus ditolak

- d. Metode KB yang masih diragukan efektifitasnya atau cara kerjanya (koitus interruptus, AKDR) penilaian moralnya tidak direkomendasikan karena terbuka untuk keraguan.

4.6.4 Hindu

Dalam kehidupan adat masyarakat Hindu di Bali terdapat ketentuan-ketentuan pada masyarakat. Terutama anjuran tentang jumlah anak. Untuk anak pertama diberi nama awal Gede, Putu atau Wayan; untuk anak kedua Made atau Nengah; untuk anak ketiga Nyoman atau Komang, sedang anak keempat diberi nama awal Ketut yang berasal dari 'ketut' yang berarti tidak direncanakan. Secara khusus ajaran agama Hindu tidak memberikan penilaian tentang cara kontrasepsi akan tetapi mengingatkan bahwa kontrasepsi yang dipakai harus melibatkan 3 rukun pokok yaitu *Desa, Kala dan Patia* yang artinya harus memperhatikan masalah tempat, waktu dan kondisi ^{11,39}.

4.6.5 Budha

Inti ajaran Budha yang kiranya dapat dipakai untuk melihat bagaimana sikap agama Budha terhadap kontrasepsi ialah Dhamma, yang berarti saling mencintai satu sama lain. Dalam Maha Magala Sutta disebutkan bahwa Mereka yang memelihara orang tuanya, menjaga istri dan anak-anaknya berdharma dan hidup dalam Dhamma akan menerima Rahmat kebahagiaan sejati ^{11,40}.

Secara khusus ajaran agama Budha tidak memberikan penilaian tentang cara-cara kontrasepsi yang akan dipakai disarankan seluruhnya kepada yang berkepentingan.

4.7. Aspek Psikologis

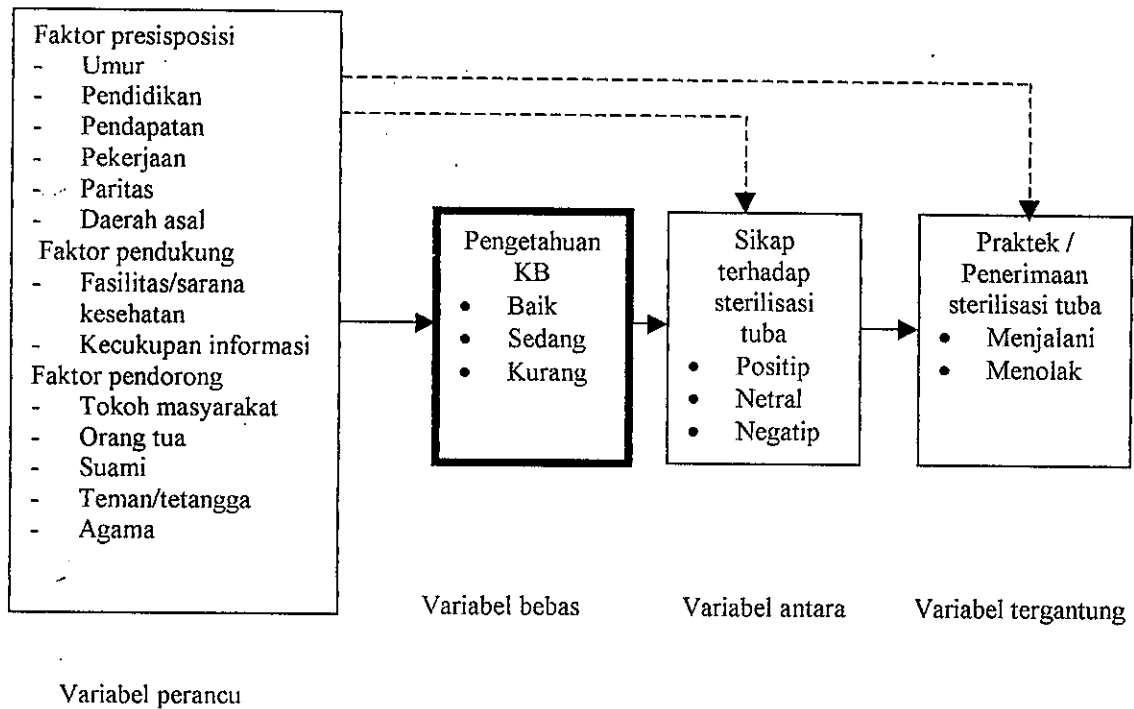
Sterilisasi tuba adalah metode kontrasepsi yang dilakukan dengan operasi, karenanya dapat menimbulkan ketakutan akan efek samping & risiko. Misalnya : rasa sakit perdarahan, infeksi, impotensi atau kehilangan gairah seksual, kemunduran penampilan fisik atau penurunan kemampuan bekerja bahkan kematian ^{41,42}.

Walaupun pengembalian kesuburan (rekanalisasi) dapat dilakukan, tetapi keberhasilannya belumlah dapat dipastikan, sebab itu sebaiknya tidak memasyarakatkan sterilisasi tuba sebagai metode non permanen agar tidak menimbulkan penyesalan dikemudian hari ^{41,42}.

4.8 Pengalaman menggunakan alat kontrasepsi dan kecukupan informasi

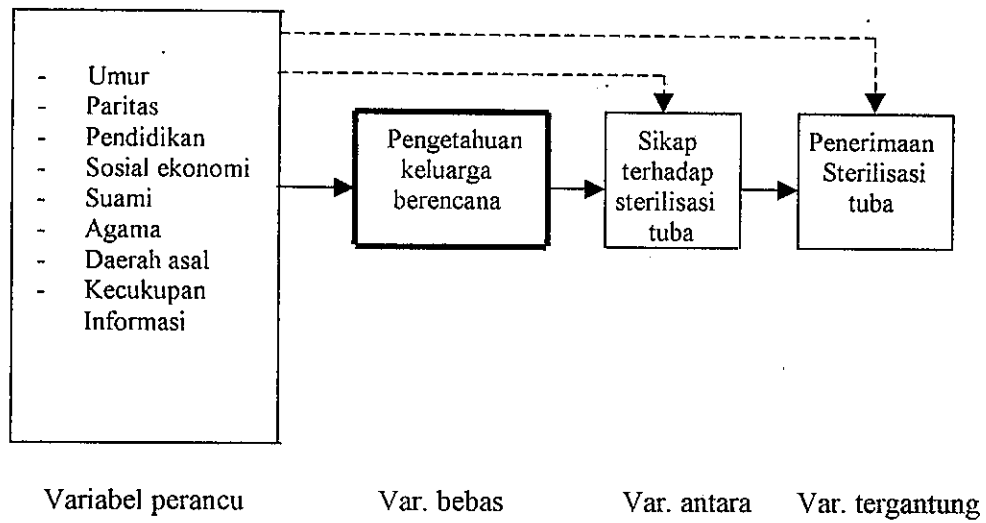
Pengambilan keputusan untuk sterilisasi tuba didalam keluarga pada umumnya melalui tahap penerimaan awal, tahap antara dan tahap penerimaan akhir. Pada tahap penerimaan awal dipengaruhi oleh karakteristik pribadi seperti : umur, jumlah anak, pendidikan, kemudian persepsi tentang norma keluarga kecil dan pemahaman tentang cara-cara kontrasepsi tertentu beserta ciri-cirinya. Pada tahap awal ini pasangan sudah mulai memikirkan untuk tidak menambah jumlah anak lagi. Pada tahap penerimaan antara, keinginan untuk tidak mendapat anak lagi semakin besar, ditambah dengan pengalaman pada kehamilan dan persalinan yang lalu dan pengalaman dengan cara/metode kontrasepsi sebelumnya. Sangat ideal bila pada tahap antara ini diberikan informasi tentang segala sesuatu mengenai sterilisasi tuba misal: syarat, indikasi, kontraindikasi, waktu, tindakan, kegagalan, akibat samping, risiko, reversibilitas dan manfaat. Pada tahap akhir pasangan mengambil keputusan menjalani kontap atau tidak^{19,46,47}

5. Kerangka teori



Skema 5 : Kerangka teori

6. Kerangka konsep



Skema 6 : Kerangka konsep

BAB III

HIPOTESIS

Pernyataan Hipotesa

1. Semakin baik pengetahuan tentang keluarga berencana maka sikap terhadap sterilisasi tuba semakin positif/mendukung.
2. Sikap responden yang semakin positif/mendukung, maka responden akan melaksanakan sterilisasi tuba.
3. Pengetahuan responden tentang keluarga berencana yang semakin baik, maka responden akan melaksanakan sterilisasi tuba.
4. Terdapat hubungan antara karakteristik umur ibu, paritas, pendidikan, sosio-ekonomi, pengaruh suami, pengaruh agama, daerah asal dan kecukupan mendapatkan informasi dengan pengetahuan tentang keluarga berencana, sikap dan penerimaan responden terhadap sterilisasi tuba

BAB IV

CARA PENELITIAN

1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian survei dengan rancangan potong lintang (*cross sectional*)^{43,44}.

2 Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan di bangsal post partum RSUP Dr Kariadi, RS Panti Wilasa Dr Cipto dan RSUD Kotamadya Semarang, dengan alasan ketiga rumah sakit tersebut memiliki karakteristik yang hampir sama yaitu :

- Tempat dilaksanakannya kegiatan sterilisasi tuba
- Biaya sterilisasi tuba pada kelas III adalah Rp.250.000,- s/d Rp 300.000,-
- Sepanjang tahun menerima lebih kurang 2000 persalinan

3 Waktu Penelitian

Pengambilan data untuk wawancara mendalam dan pembuatan kuesioner dilakukan pada bulan Desember 2000 . Pengambilan data dan pengisian kuesioner dilaksanakan pada bulan Januari, Februari dan Maret 2001. Pengolahan data dilakukan pada bulan April dan Mei 2001

4 Populasi dan Sampel

4.1 Populasi target

Semua ibu post partum yang memenuhi syarat untuk menjalani kontrasepsi mantap di bangsal post partum Rumah Sakit Umum di Semarang.

4.2 Populasi terjangkau

Semua ibu post partum yang memenuhi syarat untuk menjalani kontrasepsi mantap di bangsal post partum RSUP Dr Kariadi, RS Panti Wilasa Dr Cipto dan RSUD Kotamadya Semarang.

4.3 Sampel

a. Kriteria Inklusi

- Bersedia mengikuti penelitian
- Memenuhi syarat sukarela ,bahagia dan sehat
- Usia >30 tahun dengan jumlah anak hidup > 2 (termasuk yang lahir saat wawancara diadakan),tanpa memandang jenis kelamin anak yang dipunyai

Sukarela berarti calon peserta sterilisasi tersebut tidak dipaksa atau ditekan untuk menjadi peserta sterilisasi tuba ¹⁷.

Bahagia berarti setiap calon peserta tersebut terikat dalam perkawinan yang syah dan harmonis, telah dianugerahi sekurang-kurangnya 2 orang anak dengan umur anak terkecil 2 tahun dan mempertimbangkan umur ibu sekurang-kurangnya 25 tahun¹⁷.

Kriteria yang terakhir yang dipergunakan oleh BKKBN dalam penelitian uji klinik pemberian kuinakrin pellet intra uterine adalah ¹¹:

- Umur 25-40 tahun
- Anak hidup minimal 2 orang
- Anak terkecil berumur 2 tahun atau tidak menginginkan anak lagi

Kesehatan berarti tidak ditemukan kontraindikasi ^{14,15,16}, yaitu:

- Gemuk berlebihan atau obesitas
- Ada kelainan pada panggul misal perlengketan dan infeksi
- Penyakit berat (kardiorespirasi)

b Kriteria Eksklusi

Oleh sebab alasan sukarela dan kesehatan, sterilisasi tuba yang dilakukan dengan indikasi medis dimana ibu tidak diperbolehkan hamil lagi karena kehamilan akan mengakibatkan bahaya maut misal penderita penyakit berat (jantung ginjal) ataupun pada bedah sesar berulang dan panggul sempit dimana terdapat kecenderungan keterpaksaan dan terdapat kontraindikasi medik tidak dimasukkan dalam penelitian.

4.4. Besar Sampel

Untuk mendapatkan ketelitian yang cukup memadai, dilakukan penelitian awal, dimana di RSUP Dr. Kariadi didapatkan 28 % ibu post partum yang menjalani sterilisasi tuba dari keseluruhan ibu post partum yang layak menjalaninya, sesuai dengan Widigdo (1994) yang melaporkan 23,98 %.

Dari proporsi penerimaan sterilisasi ibu post partum sebesar 28 %, confidence interval 95 % dengan lebar 5 %, maka besar sampel dapat dihitung dengan menggunakan rumus sampel tunggal untuk hipotesis proporsi untuk suatu populasi⁴⁴.

1. P_o (didapat dari kepustakaan) sebesar 0,28

P_a (penentuan klinis yang diharapkan) sebesar 10 % : 0,38

2. Tingkat kemaknaan α : 0,05

3. Power atau Z_β sebesar 80 %

$$n = \frac{(Z_\alpha \sqrt{P_o Q_o} + Z_\beta \sqrt{P_a Q_a})}{(P_a - P_o)^2}$$

beda : 0,10

Z_α : 1,96

Z_β : 0,842

$n = 166$

5 Proses Penelitian

5.1. Penyusunan kuesioner

Wawancara dilakukan secara perorangan di bangsal post partum segera setelah pasien melahirkan, sebelum dilakukan motivasi untuk mengikuti program sterilisasi tuba sebagai kontrasepsi.

Dilakukan wawancara secara mendalam dengan menggunakan *open ended questionnaire* kepada ibu-ibu yang memenuhi syarat sebanyak 20 responden untuk mengetahui dan mendapatkan gambaran mengenai segala sesuatu yang menyebabkan ibu menerima/menolak sterilisasi tuba (meliputi pengetahuan keluarga berencana, sikap ibu terhadap sterilisasi tuba dan prakteknya dalam bentuk akan menjalani atau tidak). Dari hasil wawancara tersebut diolah dan dibuat *closed ended questionnair* yang disusun berstruktur/berdasarkan masalah.

Hasil wawancara dikumpulkan untuk selanjutnya dilakukan wawancara dengan cara *test-retest* yaitu wawancara yang diulang dengan pertanyaan yang sama pada 3 hari kemudian/ pada saat responden akan dipulangkan oleh pewawancara yang berbeda.

Wawancara ini dilaksanakan oleh penulis dibantu dokter bangsal yang telah dilatih tentang cara pengisian kuesener tersebut.

6 Uji validitas dan reabilitas skala pengukur

Uji validitas dan reliabilitas alat ukur dilakukan terhadap pengetahuan keluarga berencana dan sikap terhadap sterilisasi tuba.

Hasil skor total masing-masing pernyataan dinilai dengan menggunakan rumus teknik korelasi *product moment* untuk mengetahui apakah pernyataan yang dibuat dapat diandalkan (reliabel) atau tidak^{5,43}. Pernyataan yang tidak dapat diandalkan dihilangkan, sedangkan pernyataan yang dapat diandalkan kemudian dilakukan penilaian keabsahan (validitas) menurut *construct validity* yaitu dengan menggunakan rumus *product moment*^{5,43}. Sedangkan validitas isi (*content validity*) dihitung berdasarkan penilaian 3 orang ahli yang berhubungan dengan bidang survey (psikolog, ahli kesehatan masyarakat dan reproduksi manusia) dan dinyatakan dengan koefisien internal. Kuesioner (masing-masing item) dinyatakan valid bila koefisien konsistensi internal $> 0,5$ ⁴⁵.

7 Variabel penelitian

- 7.1 Variabel bebas adalah pengetahuan tentang keluarga berencana
- 7.2 Variabel antara adalah sikap terhadap kontrasepsi mantap
- 7.3 Variabel tergantung adalah penerimaan terhadap kontrasepsi mantap
- 7.4 Variabel perancu adalah karakteristik ibu, jumlah anak hidup, status ekonomi, suami, pendidikan dan agama, daerah asal, kecukupan informasi dan riwayat penggunaan alat kontrasepsi sebelumnya.

8 Pengolahan Data

Hipotesis 1 dan 2

Hubungan antara pengetahuan tentang keluarga berencana dan sikap terhadap sterilisasi tuba dianalisis dengan statistik uji χ^2 . Demikian pula dilakukan uji statistik yang sama untuk menilai hubungan antara sikap terhadap sterilisasi tuba dan perilakunya menjadi peserta sterilisasi tuba

Hipotesis 3

Untuk mengetahui nilai prediktif dari tingkat pengetahuan tentang keluarga berencana dengan pelaksanaan responden menjadi peserta sterilisasi tuba maka dilanjutkan dengan analisis regresi logistik

Terhadap karakteristik responden dilakukan analisis multivariat untuk mencari faktor-faktor apa saja yang masih berpengaruh terhadap pengetahuan tentang keluarga berencana, sikap dan perilaku responden terhadap sterilisasi tuba

9. Batasan operasional

9.1 Pengetahuan tentang keluarga berencana

Adalah aspek pengetahuan tentang keluarga berencana, selain pengetahuan tentang alat-alat KB, pengetahuan tentang arti, kegunaan(tujuan), cara/metode yang digunakan, juga berisikan pengetahuan tentang akibat positif atau akibat negatif yang terjadi karena keikutsertaan menjadi akseptor keluarga berencana⁵. Tingkat pengetahuan tentang keluarga berencana dinilai dengan tehnik jawaban dikotomi (benar-salah). Jawaban benar diberi nilai 1 dan jawaban salah diberi nilai 0, dan dinilai :

- 9.1.1 **baik** bila jumlah skor responden lebih dari skor rata-rata seluruh responden ditambah 1 standart deviasi
- 9.1.2 **sedang** bila jumlah skor responden diantara skor rata-rata seluruh akseptor dikurangi 1 standar deviasi sampai dengan skor rata-rata seluruh akseptor ditambah 1 standar deviasi
- 9.1.3 **jelek** bila jumlah skor akseptor kurang dari skor rata-rata seluruh akseptor dikurangi 1 standart deviasi

9.2 Sikap terhadap sterilisasi tuba

Sikap terhadap sterilisasi tuba pada ibu post partum dinilai dengan menjumlah rata-rata skor Likert jawaban kuesioner responden untuk setiap pernyataan.

Kategori yang digunakan oleh Likert adalah^{5,45}

- | | |
|---|---------|
| 1. Sangat setuju (<i>strongly approve</i>) | nilai 5 |
| 2. Setuju (<i>approve</i>) | nilai 4 |
| 3. Tidak mempunyai pendapat(<i>un declined</i>) | nilai 3 |
| 4. Tidak setuju (<i>disapprove</i>) | nilai 2 |
| 5. Sangat tidak setuju (<i>strongly disapprove</i>) | nilai 1 |

Sikap dinyatakan :

- 9.2.2 **positif** bila jumlah skor Likert responden lebih dari skor Likert rata-rata seluruh responden ditambah 1 standar deviasi
- 9.2.3 **netral** bila jumlah skor Likert responden diantara skor Likert rata-rata seluruh responden dikurangi 1 standar deviasi sampai dengan skor Likert rata-rata seluruh responden ditambah 1 standar deviasi
- 9.2.4 **negatif** bila jumlah skor Likert responden kurang dari skor Likert rata-rata seluruh responden dikurangi 1 standart deviasi

9.3 Penerimaan sterilisasi tuba

Penerimaan sterilisasi tuba dalam penelitian ini berupa perilaku ibu post partum dengan menjalani /mengikuti /menjadi akseptor sterilisasi tuba.

9.4 Usia Ibu

Usia ibu adalah usia ibu post partum saat bersalin, berdasarkan tanggal lahir ibu.

9.5 Jumlah anak hidup

Jumlah anak yang masih hidup , berdasarkan wawancara saat ibu telah bersalin

9.6 Pendidikan

Tingkat pendidikan akseptor dibedakan menggunakan skala Bistok Saing²⁸.

- 9.6.1 Tingkat pendidikan rendah : buta huruf - tamat SD
- 9.6.2 Tingkat pendidikan menengah : SLTP-tamat SLTA
- 9.6.3 Tingkat pendidikan tinggi : Akademi- Perguruan Tinggi

9.7 Status ekonomi

Dinilai berdasarkan skala Bistok Saing yang telah dilakukan modifikasi nilai pendapatan perbulan berdasarkan nilai tukar dollar Amerika pada Desember 2000. Status ekonomi dibedakan atas :

- 9.7.1 tinggi bila jumlah skor Bistok Saing 21-27
- 9.7.2 sedang bila jumlah skor Bistok Saing 15-20
- 9.7.3 rendah bila jumlah skor Bistok Saing 9-14

9.8 Daerah asal

Dinyatakan berasal dari perkotaan adalah responden yang bertempat tinggal di dalam wilayah Kotamadya Semarang dan responden yang bertempat tinggal diluar wilayah Kotamadya Semarang di kelompokkan berasal dari pedesaan.

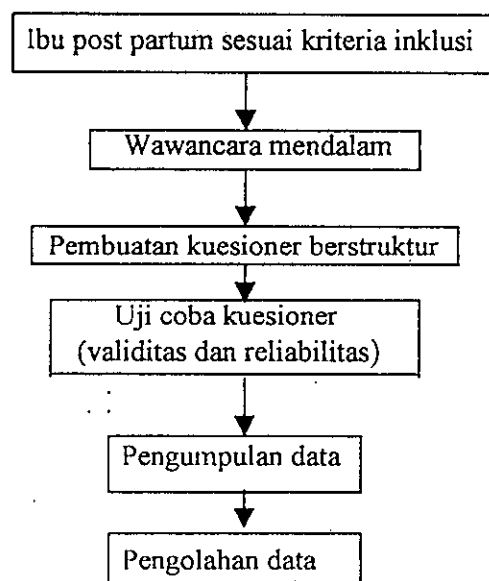
Tabel 1. Skor Sosial ekonomi Bistok Saing
(dikonversi ke bulan Desember 2000) dimana 1 US Dollar setara dengan Rp 9.380,-

NO	VARIABEL	SKOR / NILAI		
		1	2	3
1	Tempat tinggal	Pedesaan	Pinggiran kota	Tengah kota
2	Pendapatan perbulan	< Rp 650.000,-	Rp 650.000,- s/d Rp 1.300.000,-	>Rp 1.300.000,-
3	Pendidikan kepala keluarga	Buta huruf-Tamat SD	SLTP-Tamat SLTA	Akademi- PT
4	Bangunan rumah	Tidakpermanen, lantai tanah, dinding bambu	Semi permanen, lantai ubin, dinding kayu	Permanen, semua dinding tembok batu-bata
5	Kekayaan - Pesawat TV berwarna - Almari Es - Mobil	(-) (-) (-)	(+/-/-) (-/+/-) (-/-/+)	(+/-/+) (-/+/+) (+/+/-)
6	Status pemilikan rumah	Menumpang /sewa perbulan	Kontrak	Milik sendiri
7	Jumlah anak	> 6 orang	4-6 orang	<4 orang
8	Sumber air minum	Sumur	Sumur + Leiding	Leiding
9	Penerangan	Lampu minyak	Lampu pompa (petromaks)	Listrik

10. Etika Penelitian

Penelitian ini dikerjakan dengan melibatkan penderita secara langsung melalui kuesioner tidak membahayakan dan dijamin kerahasiaan informasi maupun identitas di dalam publikasi, sehingga tidak merugikan responden maupun institusi. Meskipun demikian memerlukan persetujuan khusus dari penderita

11. Alur penelitian



Skema 5 Alur penelitian

BAB V

HASIL PENELITIAN

1 Validitas dan reliabilitas kuesener

Dilakukan wawancara secara *open ended questionnaire* terhadap 20 responden yang memenuhi persyaratan mengenai pengetahuan tentang keluarga berencana dan sikap mmengenai sterilisasi tuba . Dari hasil wawancara tersebut dapat disusun 29 pernyataan mengenai pengetahuan keluarga berencana dan 16 pernyataan mengenai sikap terhadap sterilisasi tuba.

Validitas isi mengenai kuesener ini diuji berdasarkan *expert validity* dengan menghitung rata-rata penilaian 3 orang ahli yang berhubungan dengan bidang survei (psikolog , ahli keluarga berencana dan ahli kesehatan masyarakat) kuesioner (masing-masing item) dinyatakan valid bila koefisien validitas $> 0,5$. Pada kuesioner penelitian ini koefisien validitas 0,7

Validitas konstruksi dinilai berdasarkan hasil uji coba kuesioner dengan menghitung korelasi masing-masing pernyataan dengan skor total seluruh pernyataan dinilai dengan uji korelasi produt moment dari Pearson dengan hasil :

Dari pernyataan tentang pengetahuan keluarga berencana hanya 27 dari 29 pertanyaan yang dapat diandalkan (mempunyai nilai uji korelasi $> 0,3$ sampai dengan 1).

Dari pernyataan tentang sikap terhadap sterilisasi tuba hanya 15 dari 16 pernyataan yang dapat diandalkan (mempunyai nilai uji korelasi $> 0,4$ sampai dengan 1).

Hasil uji validitas isi dan validitas konstruksi menyatakan bahwa pertanyaan dalam kuesener dapat digunakan untuk menilai pengetahuan terhadap keluarga berencana dan sikap terhadap sterilisasi tuba.

Reliabilitas kuesener diuji dengan pre test dan post test pada responden lainnya dengan *closed ended questionnaire* oleh pewawancara yang berbeda dengan selang waktu 3 hari / saat responden akan dipulangkan , dengan hasil :

Semua pernyataan masing-masing kelompok dinilai dengan uji korelasi product moment dari Pearson dan mendapatkan hasil untuk pengetahuan tentang keluarga berencana berkisar antara 0,3 sampai dengan 1 dan untuk sikap terhadap sterilisasi tuba berkisar antara 0,4 sampai dengan 1.

Hasil uji validitas dan reliabilitas kuesioner diatas menunjukkan bahwa kuesioner yang digunakan sebagai alat pengumpul data dalam penelitian ini adalah valid dan reliabel.

2 Karakteristik Responden

Didapatkan 202 ibu post partum dengan usia ≥ 30 tahun dan telah mempunyai putra 2 orang (termasuk yang lahir saat wawancara). Dari jumlah tersebut dikeluarkan dari penelitian 11 ibu karena menolak diwawancarai dan 3 orang ibu dengan hasil wawancara tidak lengkap , sehingga didapatkan 188 responden sebagai subyek penelitian.

Dari jumlah tersebut yang menerima sterilisasi tuba 57 ibu (30,3 %) dan yang menolak menjalani sterilisasi tuba 131 ibu (69,7 %) .

2.1 Umur

Didapatkan usia ibu terbanyak adalah pada kelompok 30 - 35 tahun, yaitu 122 ibu (64,8 %) dan kelompok umur diatas 41 tahun adalah yang tersedikit dengan 12 ibu (6,3 %). Usia termuda adalah 30 tahun dan tertua 43 tahun baik untuk kelompok yang menerima sterilisasi tuba maupun yang menolak sterilisasi .

2.2 Pendidikan

Tingkat pendidikan rendah dan menengah merupakan kelompok terbanyak yaitu 82 ibu (43,6 %) dan 91 ibu (48,4%) sedangkan ibu yang mengenyam pendidikan tinggi mencapai 15 ibu (7,9%). Dari tingkat pendidikan yang rendah 4 orang ternyata tidak sekolah.

2.3. Sosial Ekonomi

Dengan menggunakan skor tingkat sosial ekonomi Bistok Saing didapatkan 87 orang dalam status sosial ekonomi tinggi (46,3%) dan 68 orang dengan tingkat sosial ekonomi sedang (36,2%) , responden dalam status sosial ekonomi rendah mencapai 33 orang (17,5%).

2.4. Pekerjaan

Terdapat 78 ibu bekerja (41,5%) dan 110 ibu tidak bekerja (58,5%). Dari ibu yang bekerja 37 orang adalah wiraswasta/pedagang , 20 orang adalah karyawan swasta, 10 orang petani ,6 orang guru, 4 orang pegawai negeri sipil dan 1 orang berprofesi sebagai pendeta

2.5. Paritas

Pada penelitian ini didapatkan jumlah anak hidup rata-rata 2,80 pada ibu post partum yang akhirnya menjadi akseptor sterilisasi tuba. Sedangkan pada ibu yang akhirnya tidak menjadi akseptor sterilisasi tuba didapatkan jumlah anak hidup rata-rata 2,97. Jumlah anak terbanyak yang masih dapat ditemukan adalah 8 orang.

2.6 Daerah asal (perkotaan dan pedesaan)

Sebagian besar responden adalah penduduk kota Semarang 157 orang (83.5%), sedangkan responden yang berasal dari pedesaan hanya 31 orang (16.5%).

2.7 Agama

Agama yang terbanyak dianut oleh ibu post partum / responden adalah Islam sebanyak 166 orang (88,3%), diikuti Kristen Protestan 14 orang (7,4%) dan Katholik 7 orang (3,7%). Terdapat 1 orang penganut Budha tetapi tidak didapatkan penganut agama Hindu. Dari penganut Katolik ternyata 6 orang akhirnya menjadi peserta sterilisasi tuba dan hanya 1 yang menolak.

2.8 Pengaruh suami

Terdapat 35 orang ibu post partum (18,6 %) yang menyatakan tidak diperbolehkan oleh suaminya menjadi peserta sterilisasi tuba. Pengaruh ijin suami ini ternyata cukup besar dibandingkan alasan yang lain pada kelompok ibu yang menolak menjalani sterilisasi tuba yaitu sebesar 26,7 %.

2.9 Pengalaman dengan alat kontrasepsi

Sebanyak 83 ibu post partum (44%) sebelum persalinan ini menggunakan alat kontrasepsi suntik, 20 orang (10,6%) mengaku menggunakan pil KB, 10 orang (5,3 %) menggunakan IUD, 3 orang (1,5 %) menggunakan implant dan 4 orang (2,1 %) mengaku menjalankan keluarga berencana alamiah (kalender). Sedangkan ibu yang lain dengan berbagai alasan pernah berganti-ganti alat kontrasepsi.

2.10 Kecukupan informasi tentang sterilisasi tuba

Pada penelitian ini 65 ibu post partum (34,6 %) menyatakan mendapatkan pengetahuan mengenai alat kontrasepsi dan keluarga berencana pada umumnya dari bidan, dari dokter 17 orang (9,0%), dari petugas KB 17 orang (9,0%), dari televisi 9 orang (4,8 %) dan dari keluarga 6 orang (3,2 %). Sedangkan ibu yang lain mendapatkan informasi tentang alat kontrasepsi dan keluarga berencana dari sumber campuran antara dokter, bidan, petugas kesehatan yang lain, televisi, posyandu dan pendidikan semasa di sekolah.

dulu. Tidak seorangpun ibu yang mengaku belum mengetahui tentang adanya sterilisasi tuba sebagai salah satu cara kontrasepsi. Meskipun demikian sebanyak 70 % dari ibu post partum menyatakan belum cukup mendapat informasi tentang sterilisasi tuba. Sebagian besar responden mengharapkan agar pemberian informasi yang cukup mengenai sterilisasi tuba diberikan oleh dokter-bidan 41,5%, bidan saja 37,8 % sedangkan yang mengharapkan diberi informasi oleh dokter saja 20,7 %.

3 Hubungan multivariat antara tingkat pengetahuan ibu tentang keluarga berencana dengan faktor-faktor yang mempengaruhinya

Dari tabel II tampak bahwa hanya pendidikan ibu yang mempengaruhi secara bermakna tingkat pengetahuan tentang keluarga berencana ($p=0,000$)

Tabel II. Hubungan multivariat antara tingkat pengetahuan dengan faktor-faktor yang Mempengaruhinya (N=188)

Variabel	B	SE	β	t	p
Agama ibu	-0,0738	0,327	0,013	0,226	0,821
Cukup Informasi Sterilisasi	-0,605	0,344	-0,099	-1,757	0,081
Dacrah asal	-0,0162	0,444	-0,002	-0,036	0,971
Paritas	-0,06040	0,177	0,023	0,342	0,733
Pendidikan ibu	1,271	0,150	0,604	8.494	0,000
Pengaruh Suami	0,270	0,409	0,038	0,659	0,511
Status Sosial Ekonomi	0,383	0,276	0,097	1.387	0,167
Pekerjaan Ibu	-0,07514	0,329	0,013	0,228	0,820
Umur Ibu	-0,02416	0,047	0,032	0,511	0,610

Hubungan antara tingkat pendidikan dengan tingkat pengetahuan tentang keluarga berencana dapat dilihat pada tabel III.

Tabel III. Tingkat pendidikan dan tingkat pengetahuan tentang keluarga berencana

		Tingkat pengetahuan tentang KB			Total
		Jelek	Sedang	Baik	
Tingkat Pendidikan ibu	Rendah	33 (40.2%)	49 (59.8%)		82 (100.0%)
	Menengah	5 (5.5%)	69 (75.8%)	17(18.7%)	91 (100.0%)
	Tinggi		10 (66.7%)	5(33.3%)	15 (100.0%)
Total		38 (20.2%)	128(68.1%)	22(11.7%)	188(100.0%)

$\chi^2=50.084$

df 2

$p=0,000$

4 Hubungan multivariat antara sikap mengenai sterilisasi tuba dengan faktor-faktor yang mempengaruhi

Pada penelitian ini hanya tingkat pendidikan ibu ($p=0,002$) dan pengaruh suami ($p=0,001$) yang terbukti mempengaruhi sikap seorang ibu terhadap sterilisasi tuba

Tabel IV. Hubungan multivariat antara sikap dengan karakteristik faktor-faktor yang Mempengaruhinya (N=188)

Variabel	B	SE	β	t	p
Agama ibu	3,267	1,673	0,138	1,953	0,052
Cukup Informasi Sterilisasi	1,160	1,761	0,046	0,658	0,511
Daerah asal	2,420	2,273	0,077	1,064	0,289
Paritas	1,459	0,906	0,133	1,611	0,109
Pendidikan ibu	2,368	0,767	0,209	3,088	0,002
Pengaruh Suami	6,798	2,097	0,226	3,241	0,001
Status Sosial Ekonomi	-0,401	1,415	0,024	-0,284	0,777
Pekerjaan Ibu	1,125	1,686	0,047	0,667	0,505
Umur Ibu	0,359	0,242	0,110	1,440	0,151

Tetapi tingkat pendidikan ibu tersebut setelah dilakukan perhitungan statistik dengan korelasi χ^2 ternyata tidak bermakna ,seperti terlihat dalam tabel V.

Tabel V. Tingkat pendidikan dan sikap terhadap sterilisasi tuba

		Sikap terhadap sterilisasi tuba			Total
		Negatif	Netral	Positif	
Tingkat Pendidikan Ibu	Rendah	20 (24.4%)	52 (63.4%)	10 (12.2%)	82 (100.0%)
	Menengah	12 (13.2%)	61 (67.0%)	18 (19.8%)	91 (100.0%)
	Tinggi	2 (13.3%)	8 (53.3%)	5 (33.3%)	15 (100.0%)
Total		34 (20.2%)	121 (64.4%)	33 (17.6%)	188 (100.0%)

$\chi^2 = 7,319$

df 4

$p=0,120$

Sedangkan hubungan antara pengaruh suami dengan sikap ibu terhadap sterilisasi tuba ternyata juga tidak bermakna ($p=0,416$) seperti terlihat pada tabel VI.

Tabel VI. Pengaruh suami dan sikap terhadap sterilisasi tuba

		Sikap terhadap sterilisasi tuba		Total
		Negatif	Netral+Positif	
Pengaruh Suami	Tidak boleh	8(22.9%)	27(77.1%)	35(100.0%)
	Diperbolehkan	26(17.0%)	127(83.0%)	153(100.0%)
Total		34(18.1%)	154(81.9%)	188(100.0%)

$$\chi^2=0,325$$

$$df\ 1$$

$$p=0,569$$

5 Hubungan multivariat antara perilaku menjadi peserta sterilisasi tuba dengan faktor-faktor yang mempengaruhinya

Pada penelitian ini terbukti hanya pengaruh suami saja yang mempunyai hubungan yang bermakna dalam pengambilan keputusan ibu untuk menjadi peserta sterilisasi tuba.

Tabel VII. Analisis regresi logistik antara perilaku menjalani sterilisasi tuba dengan faktor-faktor yang mempengaruhi

Variabel	N	B	SE	df	p	R
Agama ibu				3	0,3917	0,000
Agama Islam	166	3,9197	36,6779	1	0,9149	0,000
Agama Kristen	14	3,7924	36,6834	1	0,9177	0,000
Agama Katholik	7	5,9709	36,6946	1	0,8707	0,000
Paritas				6	0,5778	0,000
Paritas 2	49	-8,6071	36,6681	1	0,8144	0,000
Paritas 3	84	-8,1805	36,6662	1	0,8235	0,000
Paritas 4	37	-7,3477	36,6672	1	0,8412	0,000
Paritas 5	10	-8,4214	36,6723	1	0,8184	0,000
Paritas 6	6	-8,9625	36,6825	1	0,8070	0,000
Paritas 7	1	-14,4647	51,8538	1	0,7803	0,000
Cukup informasi	131	-0,0582	0,4203	1	0,8899	0,000
Asal daerah	157	0,1900	0,5398	1	0,7249	0,000
Sosial ekonomi				2	0,9646	0,000
Sosek rendah	33	0,1277	0,6893	1	0,9646	0,000
Sosial sedang	87	0,1276	0,4830	1	0,7916	0,000

Variabel	N	B	SE	df	p	R
Kerja ibu	110	0,1815	0,3916	1	0,6430	0,000
Usia Ibu	188	0,0631	0,0555	1	0,2549	0,000
Alasan suami	153	-3,2516	1,0593	1	0,0021	-0,794
Pendidikan ibu				6	0,0699	0,000
Tidak tamat SD	19	-1,9351	1,5418	1	0,2095	0,000
Tamat SD	59	-2,4167	1,1639	1	0,0379	-0,001
Tamat SLTP	39	-2,4124	1,0104	1	0,0170	-0,1266
Tamat SLTA	52	-1,7860	0,9684	1	0,0651	-0,779
Tamat Akademi	5	-0,7274	0,9087	1	0,4234	0,000
Tamat PT	10	-1,4476	1,4788	1	0,3276	0,000

Pengaruh suami terhadap keikutsertaan ibu untuk menjadi peserta sterilisasi tuba dapat dilihat pada tabel VII, dimana tampak hubungan yang bermakna ($p=0,000$).

Tabel VIII. Pengaruh suami dan perilaku menjalani sterilisasi tuba

		Perilaku menjalani sterilisasi tuba		Total
		Tidak	Ya	
Pengaruh Suami	Tidak boleh	34(97.1%)	1(2.9%)	35(100.0%)
	Diperbolehkan	97(63.4%)	56(36.6%)	153(100.0%)
Total		131(69.7%)	57(30.3%)	188(100.0%)

$\chi^2=13,796$

df 1

$p=0,000$

6 Tingkat Pengetahuan tentang Keluarga Berencana dan hubungannya dengan sikap dan perilaku ibu terhadap sterilisasi tuba

Dari hasil tabulasi data didapatkan tingkat pengetahuan tentang keluarga berencana yang terbanyak adalah pada tingkat sedang yaitu 128 orang (68,08%). Terdapat 38 orang dengan tingkat pengetahuan keluarga berencana yang kurang (20,21%) dan hanya 22 orang dengan tingkat pengetahuan keluarga berencana yang baik (11,7%). Meskipun secara deskriptif seolah-olah terlihat kecenderungan peningkatan pengetahuan tentang keluarga berencana berhubungan dengan sikap terhadap sterilisasi tuba bila responden

yang bersikap netral dan positif digabung tetapi secara statistik tidak bermakna ($p=0,091$).

Bila tingkat pengetahuan tentang keluarga berencana dihubungkan dengan perilaku menjalani sterilisasi tuba didapatkan hubungan yang bermakna ($p=0,029$).

Tabel IX. Tingkat pengetahuan dan sikap terhadap sterilisasi tuba

		Sikap terhadap sterilisasi tuba			Total
		Negatif	Netral	Positif	
Tingkat Pengetahuan	Jelek	12(31.6%)	23(60.5%)	3(7.9%)	38(100.0%)
	Sedang	20(15.6%)	83(64.8%)	25(19.5%)	128(100.0%)
Tentang KB	Baik	2(9.1%)	15(68.2%)	5(22.7%)	22(100.0%)
Total		34(18.1%)	121(64.4%)	33(17.6%)	188(100.0%)

$\chi^2 = 8,020$

df 2

$p=0.091$

Tabel X. Tingkat pengetahuan dan perilaku menjalani sterilisasi tuba

		Perilaku menjalani sterilisasi tuba		Total
		Ya	Tidak	
Tingkat Pengetahuan	Jelek	5 (13.2%)	33 (86.8%)	38 (100.0%)
	Sedang	43 (33.6%)	85 (66.4%)	128 (100.0%)
Tentang KB	Baik	9 (40.9%)	13 (59.1%)	22 (100.0%)
Total		57 (30.3%)	131 (69.7%)	188 (100.0%)

$\chi^2=7,115$

df 2

$p=0.029$

Tabel XI. Hubungan tingkat pengetahuan tentang keluarga berencana dan perilaku menjadi peserta sterilisasi tuba.

Variabel	B	SE	df	p	R
Tingkat pengetahuan tentang KB	0,2329	0,0639	1	0,0003	0,2213

Dari tabel V dapat dilihat bahwa tingkat pengetahuan tentang keluarga berencana mempunyai nilai prediktif untuk pelaksanaan sterilisasi tuba ($p= 0,0003$)

7 Sikap terhadap sterilisasi tuba dan hubungannya dengan perilaku untuk menjadi akseptor sterilisasi tuba

Dari seluruh responden didapatkan 33 orang (17,5%) dengan sikap positif terhadap sterilisasi tuba, sedangkan yang bersikap netral sebanyak 121 orang (64,36%) dan terdapat 34 orang (18,08%) yang bersikap negatif terhadap sterilisasi tuba. Terdapat hubungan yang bermakna antara sikap terhadap sterilisasi tuba dengan perilaku untuk menjalani sterilisasi tersebut ($p=0,0001$)

Tabel XII. Sikap terhadap Sterilisasi tuba dan perilaku menjalani sterilisasi tuba

		Perilaku menjalani sterilisasi tuba		Total
		Ya	Tidak	
Sikap Terhadap Sterilisasi tuba	Negatif		34 (100.0%)	34 (100.0%)
	Netral	24 (19.8%)	97 (80.2%)	121 (100.0%)
	Positif	33 (100.0%)		33 (100.0%)
Total		57 (30.3%)	131 (69.7%)	188 (100.0%)

$\chi^2=96,932$

df 2

$p=0.000$

8 Alasan menolak sterilisasi tuba

Alasan terbanyak dari ibu yang tidak bersedia menjalani sterilisasi adalah : tidak diperbolehkan oleh suami 25,2%, keberatan dengan biaya operasi 23,9%, takut operasi 20,1 % dan masih ingin punya anak lagi 8,2 %.

BAB VI

PEMBAHASAN

1. Karakteristik subyek penelitian

1.1 Umur ibu

Singarimbun (1992)⁴⁶ mendapatkan umur ibu saat menjalani sterilisasi rata-rata 33,7 tahun. Tjahja (1990)⁸ mendapatkan rata-rata umur 39 tahun. Endang Basuki (1992)²⁰ mendapatkan rata-rata umur terbanyak untuk sterilisasi tuba ada pada umur 25 - 29 tahun dan pada umur 30 - 34 tahun (28 - 40 %).

Penelitian di atas meliputi sterilisasi tuba pada post partum dan interval . Pada penelitian ini hanya dibatasi untuk sterilisasi tuba pada post partum , dimana umur ibu saat menjalani sterilisasi tuba tersebut terbanyak adalah pada umur 30 - 34 tahun . Pada penelitian ini tidak didapatkan korelasi yang bermakna antara umur ibu dengan tingkat pengetahuan keluarga berencana, juga dengan sikap terhadap sterilisasi tuba dan perilaku ibu untuk menjadi peserta sterilisasi tuba, dimana tidak dapat dikatakan bahwa semakin tinggi umur ibu penerimaan sterilisasi tuba semakin membaik.

1.2 Pendidikan ibu

Dari perhitungan statistik didapatkan korelasi yang bermakna ($p=0,000$) antara tingkat pendidikan dengan pengetahuan tentang keluarga berencana , tetapi tingkat pendidikan ibu ternyata tidak berhubungan secara bermakna dengan sikap ibu tersebut terhadap sterilisasi tuba($p= 0,120$), dan juga tidak mempunyai hubungan yang bermakna dengan perilaku ibu untuk menjadi akseptor($p=0,0699$). Hal ini kemungkinan karena dengan semakin tingginya tingkat pendidikan dan pengetahuan tentang keluarga berencana ,ibu dapat mengenal berbagai macam alat kontrasepsi ,yang dapat mempengaruhi sikap dan perilaku ibu untuk dapat memutuskan alat kontrasepsi apa yang hendak dipakai, tidak harus menggunakan sterilisasi tuba. Hal ini sesuai dengan beberapa peneliti terdahulu bahwa faktor pendidikan saja tidak dapat menjamin seseorang untuk mengikuti sterilisasi tuba ¹³.

1.3 Sosial ekonomi

Peningkatan status ekonomi cenderung mengakibatkan pembatasan tingkat fertilitas, karena pada keluarga dengan status ekonomi yang tinggi akan mempunyai kesempatan memperoleh pendidikan dan pengetahuan yang lebih banyak, sehingga memiliki pengetahuan lebih tinggi tentang pembinaan anak dan pengaturan kelahiran.

Disamping itu pasangan dengan tingkat sosial-ekonomi yang lebih tinggi memerlukan waktu lebih banyak untuk kepentingan dirinya sendiri, dengan pola pikir tersebut mereka akan membatasi jumlah anak. Tetapi terdapat pula pandangan berbeda yang menyatakan bahwa peningkatan status ekonomi cenderung meningkatkan tingkat fertilitas, karena keluarga dengan sosial ekonomi tinggi tidak kesulitan dalam pemeliharaan maupun pembinaan anak-anaknya⁴⁶.

Pada penelitian ini tidak didapatkan hubungan yang bermakna antara peningkatan status sosial ekonomi dengan tingkat pengetahuan tentang keluarga berencana, sikap ibu terhadap sterilisasi maupun perilakunya dalam menjalani sterilisasi tuba. Bila ditelusuri lebih lanjut hal ini karena sebagian besar ibu-ibu berada dalam sikap netral terhadap sterilisasi tuba, karena itu dalam penelitian ini penerimaan sterilisasi tuba tidak dipengaruhi oleh status sosial ekonomi.

1.4 Pekerjaan ibu

Dengan asumsi bahwa ibu bekerja akan terbebani jumlah anak dalam mengejar karier, selain itu karena kesibukannya maka pekerjaan ibu pasti berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan tentang keluarga berencana, ternyata tidak terdapat hubungan yang bermakna antara ibu bekerja dengan tingkat pengetahuan keluarga berencana, demikian juga terhadap sikap ibu mengenai sterilisasi tuba dan perilakunya untuk menjalani sterilisasi tuba. Kemungkinan hal ini karena keputusan untuk menjalani atau tidak menjalani sterilisasi tuba merupakan suatu keputusan yang melibatkan banyak faktor, diantaranya harus merupakan keputusan bersama pasangan suami istri⁴⁷ dan juga adanya ketakutan akan komplikasi berupa ketidakmampuan fisik untuk dapat melaksanakan pekerjaan^{11,13}.

1.5 Paritas

Beberapa penelitian mengungkapkan adanya kecenderungan antara pemakaian kontrasepsi yang efektifitasnya rendah (pil dan kondom) dengan jumlah anak yang masih sedikit dan pemakaian jenis kontrasepsi yang efektifitasnya tinggi dengan jumlah anak yang lebih banyak. Rosalia(1993)⁴ mendapatkan jumlah anak hidup rata-rata akseptor sterilisasi tuba 4,7 ,sedangkan Singarimbun (1997)⁴⁵ mendapatkan jumlah anak hidup pada akseptor sterilisasi tuba 4,92. Pada penelitian ini didapatkan jumlah anak hidup rata-rata 2,9. Ternyata tidak didapatkan hubungan yang bermakna antara paritas atau jumlah anak dengan pengetahuan tentang keluarga berencana, demikian juga dengan sikap terhadap sterilisasi tuba dan perilaku untuk menjadi peserta sterilisasi tuba. Kemungkinan karena pada penelitian ini jumlah anak hidup yang dipunyai tidak begitu banyak dan adanya kesempatan ibu untuk memilih alat kontrasepsi yang lain , tidak diperbolehkan oleh suaminya atau faktor yang lain.

1.6 Daerah asal (pedesaan atau perkotaan)

Daerah asal responden sebagian besar berasal dari kota Semarang , hal ini sesuai karena penelitian ini dilakukan di rumah sakit dalam kota Semarang. Dari perhitungan analisis multivariat tampak bahwa daerah asal ibu tidak berhubungan secara bermakna dengan tingkat pengetahuan tentang keluarga berencana , dengan sikapnya terhadap sterilisasi tuba dan perilakunya untuk menjadi peserta sterilisasi tuba atau tidak.

1.7 Agama

Perbandingan antara agama Islam dengan non Islam yang demikian tinggi sesuai dengan tempat penelitian yaitu di Semarang dan sesuai dengan komposisi penduduk di Indonesia dengan agama Islam sebagai mayoritas .Tidak didapatkan hubungan yang bermakna antara agama dengan tingkat pengetahuan ibu tentang keluarga berencana dan terhadap sikap ibu mengenai sterilisasi tuba, demikian juga terdapat hubungan tidak bermakna terhadap perilaku ibu tersebut dalam keputusannya untuk menjadi akseptor sterilisasi tuba. Namun hubungan antara agama terhadap penerimaan sterilisasi tuba ini perlu dikaji atau diteliti ulang ditempat dimana didapatkan distribusi penganut agama yang lebih seimbang.

1.8 Pengaruh Suami

Seperti telah disinggung didalam tinjauan pustaka, bahwa sebagian besar keluarga Indonesia menempatkan suami pada kedudukan yang berhak untuk mengambil keputusan utama, diantaranya adalah tentang jumlah anak yang akan dimiliki, dan juga menyangkut pemilihan alat kontrasepsi yang akan dipakai. Masih cukup banyak jumlah pasangan suami istri yang tidak menempatkan masalah ini sebagai hal yang perlu dibicarakan dan diputuskan bersama, meskipun kenyataannya hal yang menyangkut kesehatan reproduksi ini lebih banyak berkaitan dengan wanita. Pada penelitian ini tidak didapatkan hubungan yang bermakna antara pengaruh suami dengan tingkat pengetahuan ibu terhadap keluarga berencana.. pengaruh suami tersebut ternyata juga tidak berhubungan secara bermakna dengan sikap ibu tersebut terhadap sterilisasi tuba ($p = 0,416$) Tetapi dengan perilaku ibu tersebut untuk menjadi peserta sterilisasi tuba menunjukkan hubungan yang bermakna ($p=0,000$) hal ini sesuai dengan asumsi Saifuddin (1989)¹⁹. Oleh karena itu dibutuhkan suatu usaha peningkatan pengetahuan tentang keluarga berencana terhadap para suami terutama tentang sterilisasi tuba ⁴⁷

Dibandingkan dengan pengaruh sosial budaya seperti jumlah anak, keinginan akan anak dengan jenis kelamin tertentu dan ketakutan akan akibat negatif dari sterilisasi tuba tampak bahwa pengaruh suami adalah alasan yang utama seorang ibu tidak menjalani sterilisasi tuba meskipun mempunyai keinginan untuk itu. Kemungkinan disebabkan pada penelitian ini hampir seluruh responden dari suku Jawa dan bertempat di Semarang dimana keinginan untuk mempunyai banyak anak sudah tidak lagi menjadi panutan. Untuk itu diperlukan penelitian lagi yang melibatkan daerah yang lebih luas dan lebih banyak melibatkan suku-suku yang lain di Indonesia.

1.9 Pengalaman dengan alat kontrasepsi

Ternyata pengalaman berkenaan dengan penggunaan kontrasepsi tidak mempunyai hubungan yang bermakna dengan tingkat pengetahuan tentang keluarga berencana, sikap mengenai sterilisasi tuba dan perilaku ibu untuk menjadi peserta sterilisasi tuba atau tidak. Hal ini ternyata tidak sesuai dengan Sumapraja (1985)¹⁸ yang menyatakan bahwa penerimaan kontrasepsi untuk menunda kehamilan akan mempengaruhi penerimaan kontrasepsi untuk menjarangkan kelahiran dan selanjutnya akan mempengaruhi penerimaan kontrasepsi untuk menghentikan kehamilan (sterilisasi).

1.10 Kecukupan informasi tentang sterilisasi tuba

Lebih dari separuh responden menyatakan belum merasa cukup mendapatkan informasi tentang sterilisasi tuba. Bila kecukupan informasi tersebut dihubungkan dengan tingkat pengetahuan tentang keluarga berencana, sikap dan perilaku ibu tersebut terhadap sterilisasi tuba tidak didapatkan hubungan yang bermakna. Sebagian besar responden mengharapkan diberikan informasi yang cukup mengenai sterilisasi tuba oleh dokter dan bidan.

2 Tingkat pengetahuan tentang keluarga berencana

Pada penelitian ini didapatkan hubungan yang ~~tidak~~ bermakna antara tingkat pengetahuan tentang keluarga berencana dengan sikap terhadap sterilisasi tuba apabila dilakukan pembagian sikap berdasarkan negatif, netral dan positif dengan nilai $p=0,091$. Tetapi bila dilakukan pembagian sikap berdasarkan dua kategori saja yaitu negatif dengan (netral ditambah positif), maka terdapat hubungan yang bermakna ($p=0,041$).

Pada hubungan dengan perilaku ternyata tingkat pengetahuan tentang keluarga berencana mempunyai hubungan yang bermakna dengan perilaku menjalani sterilisasi tuba ($p=0,029$), yang dengan perhitungan analisis regresi logistik menunjukkan nilai prediktif ($p=0,0003$).

3 Sikap terhadap sterilisasi tuba

Terdapat hubungan yang bermakna antara sikap terhadap sterilisasi tuba dengan perilaku untuk menjalani / tidak menjalani sterilisasi tuba ($p=0,000$). Hal ini menunjukkan bahwa pada responden yang bersikap negatif terhadap sterilisasi tuba tidak terdapat responden yang menjalani sebagai akseptor sterilisasi tuba, tetapi pada yang bersikap netral hampir seperlimanya ($1/5$) pada akhirnya menjalani sterilisasi tuba. Pada yang bersikap positif semuanya menjalani sterilisasi tuba.

BAB VII

SIMPULAN

1. Tingkat pengetahuan tentang keluarga berencana tidak berhubungan secara bermakna dengan sikap terhadap sterilisasi tuba.
2. Sikap terhadap sterilisasi tuba yang semakin baik, maka pelaksanaan sterilisasi tuba semakin dapat diterima.
3. Pengetahuan responden tentang keluarga berencana yang semakin baik, maka kemungkinan untuk menjadi peserta sterilisasi tuba semakin besar.
4. Pendidikan ibu yang semakin tinggi akan mempengaruhi pengetahuan tentang keluarga berencana menjadi semakin baik dan sikap terhadap sterilisasi tuba menjadi semakin terbuka/menerima tetapi pendidikan tidak berpengaruh terhadap perilaku untuk menjadi peserta sterilisasi tuba, sedangkan izin dari suami mempengaruhi perilaku ibu untuk menjadi peserta sterilisasi tuba. Karakteristik ibu yang lain tidak berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan tentang KB, sikap terhadap sterilisasi tuba dan keikutsertaan menjadi peserta.

BAB VIII

SARAN

1. Komunikasi , Informasi dan Edukasi (KIE) terhadap calon akseptor sterilisasi tuba yang potensial (ibu post partum) perlu ditingkatkan , sehingga dapat meningkatkan pengetahuan , sikap dan perilaku terhadap sterilisasi tuba.
2. Peranan dokter dan bidan sebagai media informasi masih sangat dibutuhkan untuk meningkatkan pengetahuan tentang sterilisasi , sehingga diharapkan akan meningkatkan penerimaan ibu terhadap sterilisasi tuba.
3. Masih perlu peningkatan pengetahuan tentang keluarga berencana terhadap kaum bapak atau suami , sehingga dapat meningkatkan penerimaan sterilisasi tuba. Dalam hal ini perlu diusulkan kepada Departemen Kesehatan, Departemen Agama dan Pencatatan Sipil untuk menerbitkan buku saku dengan bahasa yang sederhana tentang keluarga berencana dan sterilisasi tuba pada setiap pasangan pengantin baru sehinggatujuan peningkatan pengetahuan tentang keluarga berencana dan sterilisasi tuba kepada kaum bapak atau suami dapat tercapai.
4. Dimasa keterpurukan ekonomi seperti sekarang ini sebaiknya dilakukan pengurangan biaya sterilisasi tuba , mengingat sebagian responden berkeberatan dengan biaya operasi.

BAB IX

DAFTAR PUSTAKA

1. Albar E. Keluarga Berencana. Dalam : Wiknyosastro H, Saifuddin AB, Rachimhadhi T. editor. Ilmu Kebidanan. Edisi Ketiga. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo;1999.p.889-933
2. Hartarto H. Keluarga berencana dan kontrasepsi. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan;1994
3. Saifuddin AB, Kontrasepsi. Dalam : Wiknyosastro H, Saifuddin AB, Rachimhadhi T, editor. Ilmu Kandungan.Edisi. Ketiga .Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo;1999.p.535-75
4. Rosalia L, Martaadisubrata D. Hubungan karakteristik peserta MOW dengan kesehatan reproduksi dan demografi di RSHS Bandung. Jakarta: Naskah lengkap Kongres Obstetri dan Ginekologi Indonesia IX; 1993.
5. Ancok J. Teknik penyusunan skala pengukur.Edisi Keenam. Yogyakarta : Pusat Penelitian Kependudukan Universitas Gajah Mada;1992.
6. Sadli S. Hubungan antar manusia dalam konseling dan sikap: pembentukan dan perubahannya.Jakarta:Perkumpulan Kontrasepsi Mantap Indonesia (PKMI); 1992.
7. Kanwil Kesehatan prop.Jateng, Kanwil BKKBN prop. Jateng, POGI cabang Semarang. Petunjuk teknis optimalisasi peran rumah sakit pemerintah/swasta dalam menunjang pelayanan keluarga berencana.tidak dipublikasikan . 1999
8. Tjaya RP. Kebijakan dan strategi pelayanan kontrasepsi. Majalah MANTAP 1992 ; (3) :3-7.
9. Boulay M, Valente TW. Social affiliation, interpersonal discussion and family planning knowledge, attitudes and practice. International family planning perspective. New York: Allan Guttmacher Institute. 1999; (25): 112-8
10. Mahardiana IGNM. Sterilisasi tuba pasca persalinan pada kehamilan risiko tinggi, suatu tinjauan epidemiologi (tesis). Semarang : Bagian Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro; 1996.
11. Widigdo M. Beberapa aspek alasan penolakan sterilisasi wanita post partum (tesis). Semarang: Bagian Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro; 1994.
12. Prihadi SM,Soejoenoes A. Beberapa aspek penghambat sterilisasi post partum di RS Dr. Kariadi Semarang. Yogyakarta: Naskah lengkap KOGI VI; 1979.
13. Ridwan NA. Pengaruh pengetahuan keluarga berencana terhadap penerimaan kontrasepsi mantap pada ibu post partum (tesis). Yogyakarta. Bagian Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Gajah Mada;1989
14. Stovall TG. Sterilization.In:Mann WJ, Stoval TG, editors. Gynecology Surgery. New York: Churcill Livingstone;1996.p. 1631-53.
15. Speroff L, Darney PD. A clinical guide for contraception. 2nded. Baltimore: William-Wilkins Company;1992
16. Wheelless CR, Tubal sterilization .In: Thompson JD,Rock JA editors. Te Linde's Operative Gynecology.7th ed. Philadelphia: J.B.Lippincott Company;1992.p.343-407.

17. Penatalaksanaan klinik tubektomi minilaparotomi anastesi lokal. Jakarta PKMI; 1999.
18. Sumapraja S. Peran kontap dalam pembangunan nasional. Majalah MANTAP 1985;(2):13-9.
19. Saifuddin AB. Pengambilan keputusan dalam keluarga (khususnya tentang kontrasepsi mantap). Majalah Obstetri dan Ginekologi Indonesia .1989;(3) :138-48.
20. Basuki E. Rangkuman hasil penelitian penerimaan dan kepuasan peserta kontrasepsi mantap. Majalah MANTAP. 1992; (1):47-56.
21. Notoatmojo S. Pengantar pendidikan dan ilmu perilaku kesehatan. Jogyakarta: Andi Offset; 1993.
22. Sarwono SW, Psikologi sosial: individu dan teori-teori psikologi sosial. Jakarta: Balai Pustaka; 1999.
23. Smet B. Psikologi Kesehatan. Jakarta: Gramedia; 1994.p.159-72
24. Azwar S. Pengantar pendidikan kesehatan. Jakarta: SastraHudaya; 1993.
25. Istiarti T. Menanti buah hati: kaitan antara kemiskinan dan kesehatan. Jogyakarta: Media Presindo ; 2000.
26. Widaningrum A. Kualitas pelayanan keluarga berencana dalam perspektif klien. Jogyakarta: Pusat Penelitian Kependudukan Universitas Gajah Mada; 1999
27. Soedigdo MH. Menuju kesehatan reproduksi bagi semua wanita Indonesia. Majalah MANTAP. 1990;(16):191-234.
28. Saing B, Sembiring L, Napitupulu L, Raid N, Siregar H. Scoring system of the sosio economic level. Paediatric Indonesia 1987; (17): 299-304.
29. Affandi B. Kesehatan reproduksi: ilmu pengetahuan dan kepemimpinan. Majalah Obstetri dan Ginekologi Indonesia. 2000;(24):141-54.
30. Moeloek FA. Upaya keselamatan ibu. Majalah MDK. 1990; (9) :25-30.
31. Bangun SM. Memasyarakatkan norma keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera dari sudut sosiologi. Dalam : Moeloek FA. editor. Aspek Psikologi dan Sosiologi Kontrasepsi Mantap. Jakarta: Perkumpulan Kontrasepsi Mantap Indonesia; 1988.p. 59-69.
32. Umran AA. Islam dan KB. Jakarta: Lentera Basritama; 1997.
33. Shihab MQ. Fatwa-fatwa M. Quraish Shihab seputar ibadah dan muamalah. Bandung: Mizan; 1999.
34. Mardjo S. Keluarga berencana ditinjau dari sudut Alkitab. Dalam: Keluarga Berencana Ditinjau dari Segi Agama-Agama Besar di Dunia. Jakarta: BKKBN Biro Penerangan dan Motivasi; 1982.p.19-27.
35. Klein P. Ajaran agama katolik tentang keluarga berencana Malang. Kursus Pelatihan Pembina KBA MOB .tidak dipublikasikan. 1999.
36. Go P. Pokok-pokok moral perkawinan dan keluarga katolik. Edisi ketiga. Malang: Dioma; 1990.
37. Komisi Pendampingan Keluarga. Keuskupan Agung Semarang. Keluarga kristiani dalam dunia modern, amanat apostolik familiaris consortio Paus Yohanes Paulus II. Jogyakarta: Kanisius; 1995.
38. Departemen dokumentasi dan penerangan KWI. Evangelium vitae (Injil kehidupan); ensiklik Paus Yohanes Paulus II mengenai nilai hidup manusia yang tidak dapat diganggu gugat. Jakarta: DokPen KWI; 1996.

39. Praptohardjo U. Peran serta masyarakat dalam kependudukan dan keluarga berencana (pidato pengukuhan). Semarang: Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro; 1996.
40. Diputhera O, Atmadja K, Tangkas K, Mukti KW. Nasihat perkawinan agama Budha dan pendidikan kependudukan-keluarga berencana dalam agama Budha. Jakarta: Departemen Agama Republik Indonesia dan Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional; 1983.
41. Chandra A, Gunardi ER. Keberhasilan rekanalisasi tuba pasca sterilisasi di Klinik Raden Saleh selama 5 tahun. *Majalah Obstetri dan Ginekologi Indonesia* . 1998;(22):33-5.
42. Metz SA, Pham TV. Sterilization. Dalam: Grady O, Gymosky ML, eds. *Operative obstetrics*, 10th ed. Baltimore :William and Wilkins Co; 1998. p. 511-20.
43. Nurgiyantoro B, Gunawan, Marzuki. *Statistik terapan untuk penelitian ilmu-ilmu sosial*. Yogyakarta : Gadjah Mada University Press; 2000
44. Madiyono B, Moeslichan S, Budiman I. Perkiraan besar sampel. Dalam : Sastroasmoro S, editor. *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Jakarta : Binarupa Aksara; 1995. p. 187-212
45. Azwar SW. *Dasar-dasar psikometri*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar; 1990.
46. Singarimbun M, Kutanagara, Suhamdi. *Aspek sosial ekonomi, preferensi fertilitas dalam pemakaian alat kontrasepsi*. Yogyakarta : Pusat Penelitian Kependudukan Universitas Gajah Mada; 1997.
47. Becker S, Costenbader E. Husbands and wives reports of contraceptive use. *Studies In Family Planning*. 2001; (32) : 111-29